UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1914

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

dans le Rein polykystique

PAR

WITOLD, ANDRÉ MICKANIEWSKI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Président : MONSIEUR LEJARS, PROFESSEUR

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, PARIS (VI^e^ Arr^t^)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie Chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeuthique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMOND-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantine	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Chevalier de la Légion d'honneur

Externat 1909-1910

Monsieur le Professeur LEJARS

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

Externat 1910-1911

Monsieur le Docteur MARION

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Externat 1911-1912

Monsieur le Docteur RIEFFEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Externat 1912-1913

Monsieur le Docteur PARMENTIER

MÉDECIN DE L'HOPITAL TENON

1913

Monsieur le Docteur BOUFFE DE St-BLAISE

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL TENON

AVANT-PROPOS

Il y a dans la vie des moments décisifs ; la passage de la thèse est de ceux-là. Comme le voyageur arrivé au sommet d'une haute montagne regarde avec satisfaction le chemin parcouru, ce n'est pas sans une certaine émotion que nous jetons un regard en arrière au moment de franchir cette dernière étape de notre vie de jeunesse.

Que de souvenirs nous viennent en foule à l'esprit !

Ce sont les années de notre enfance que nos parents bien aimés, uniquement préoccupés de notre bonheur, surent rendre inoubliables pour nous. Ce sont nos années de lycée consacrées à la préparation d'une carrière, la carrière militaire que des raisons extrinsèques devaient nous faire abandonner pour la Profession médicale, ce sont enfin nos années d'externat. Nous nous rappelons encore combien furent pénibles nos premiers moments dans les hôpitaux et nous tenons à dire tout ce que nous devons à M. le Professeur Lejars, dans le service duquel nous fûmes successivement bénévole stagiaire, externe, qui guida nos pas hésitants et sut par l'excellence de ses résultats opératoires, raffermir notre moral tandis que par ses leçons

admirables de clarté et de précision, il éveillait peu à peu en nous le sens médical. Toutefois nous ne suivions pas encore notre route d'un pas bien ferme quand nous eûmes le bonheur de devenir l'externe de M. le docteur Marion.

C'est grâce à la puissance de persuasion de ses démonstrations cliniques que nous prîmes la décision de nous spécialiser dans les maladies des voies urinaires. Nous espérons pouvoir longtemps encore lui manifester notre respectueux dévouement et jouir de ses précieux conseils.

Dans notre troisième année d'externat, nous avons eu la grande douleur de perdre un frère tendrement chéri ; qu'il nous soit permis d'adresser ici à M. le docteur Rieffel notre maître d'alors, toute notre reconnaissance pour la sympathie affectueuse qu'il nous a témoignée en ces tristes circonstances.

Nous avons accompli notre quatrième année d'externat dans le service du docteur Parmentier qui nous initia à la clinique interne et qui toujours nous a montré une bienveillance paternelle que nous n'oublierons jamais.

Ensuite nous clôturâmes nos études par un trop court séjour dans le service du docteur Bouffe de Saint-Blaise, dont nous avons gardé le plus charmant souvenir. Après ces maîtres qui ont contribué à notre éducation clinique, nous sommes heureux de citer nos maîtres de la première heure et amis les docteurs Moyran, Combier, Chabrol, en mémoire de plusieurs années de travail commun.

Pourquoi faut-il que l'absence d'êtres chers vienne assombrir la douceur de cette revue du passé ? C'est à eux

tout d'abord que nous voulons dédier ce travail, en particulier, à la mémoire de notre frère, compagnon des joies et des douleurs de notre enfance.

Nous en faisons également hommage à nos parents, en témoignage de reconnaissante affection.

A M. le Professeur Lejars qui a bien voulu terminer son œuvre en nous faisant l'honneur de présider cette thèse.

A M. le docteur Marion, qui nous a donné l'idée de ces recherches.

A tous nos autres maîtres d'externat, les docteurs Rieffel, Parmentier, Bouffe de Saint-Blaise.

A tous nos autres maîtres dans les hôpitaux.

A M. le Professeur Landouzy, doyen de la Faculté de Médecine, M. le professeur Albarran (in memoriam), MM. les docteurs Thiéry, Lapointe, Cunéo Baudet, Heitz-Boyer, chirurgiens des hôpitaux. Vitry, Halbron, chefs de cliniques.

A mes maîtres de la Faculté des Sciences : MM. Le Châtelier et Chatin (in memoriam) professeurs, MM. Viguier et Ouvrard, chefs de Travaux.

Avant de terminer, nous nous en voudrions de ne point faire participer à cette dédicace, tous ceux, parents, amis ou amies qui ont contribué à nous rendre agréables, ces premiers moments de notre vie.

Enfin nous devons des remerciements spéciaux à notre vénéré père et à notre vieil ami Perségol dont la parfaite connaissance des langues russe, polonaise, anglaise et allemande, nous a été d'un grand secours. A notre

ami le docteur Lebrun dont les sages conseils nous ont été excessivement précieux. A notre vieil ami Sénéchal dont le dévouement nous a permis de terminer à temps cet opuscule.

INTRODUCTION

Nous avions eu jadis l'occasion de suivre pendant quelques semaines l'évolution d'une maladie kystique du rein.

Le spectacle de ce malade présentant à de fréquents intervalles des crises de douleur intolérable, nous avait profondément impressionné. Des traités consultés nous avaient affirmé l'impuissance du chirurgien à soulager ces souffrances en faisant une loi de la non intervention chirurgicale dans le rein polykystique. Les échos lointains du congrès de chirurgie de 1911 nous avaient confirmé dans cette opinion. Aussi quand, sur le conseil de notre excellent maître le docteur Marion nous avons entrepris, comme sujet de notre thèse, une étude sur les interventions chirurgicales dans le rein polykystique, nous ne croyions point trouver un nombre aussi considérable d'opérations heureuses.

Toutefois nous constatons avec étonnement que le « *noli me tangere* » reste une règle stricte d'après le rapport de l'éminent chirurgien d'Angers au Congrès de 1911.

C'est pourquoi, soutenu par la conviction que l'intervention rend service aux malheureux atteints de dégénérescence kystique du rein, nous osons prononcer, dans notre thèse un plaidoyer en faveur des interventions chirurgicales dans cette affection.

On nous reprochera peut-être d'avoir choisi pour notre étude un sujet sur lequel il nous était difficile d'avoir quelque expérience et nous comprendrions la valeur de cette objection si nous n'avions conscience de la modestie du but que nous nous sommes proposé. Nous n'avons pas cherché à apporter aucune modification nouvelle dans le traitement chirurgical du rein polykystique : nous avons simplement pris les faits tels que nous les avons trouvés exposés dans les diverses observations ; nous les avons réunis ; et, après leur examen, nous avons noté quel est le procédé opératoire qui a donné le moins de revers, quels sont les accidents qui ont accompagné le plus souvent le processus de guérison, et quels modes de traitement ont permis au chirurgien de parer plus sûrement à toutes ces complications. Une fois ces connaissances acquises, nous nous sommes permis de dire :

Dans telles conditions le chirurgien devra intervenir de telle façon ; tel procédé lui donnera plus de succès, il aura à redouter tels accidents et il pourra les prévenir par tels moyens.

Tout notre travail consiste donc en une interprétation fidèle de toutes les observations disséminées dans les services. Nous n'avons rien avancé qui ne soit justifié par les faits.

En un mot nous ne présentons qu'une appréciation des interventions chirurgicales dans le rein polykystique, basées sur les résultats qu'elles ont donné, nous sommes suivant l'expression de Lazeaux, jugé l'arbre par ses fruits.

151

CHAPITRE PREMIER

Historique

On peut diviser l'histoire des interventions chirurgicales dans le rein polykystique en trois phases.

Dans une première phase, les opérations ne sont que le résultat d'erreurs de diagnostics ; on connaît bien en effet, un type anatomo-pathologique de rein polykystique mais on ne peut donner un tableau clinique répondant à ces lésions.

Dans la deuxième phase qui est de date récente, on établit peu à peu les relations entre les symptômes et les lésions du rein polykystique mais la connaissance de la bilatéralité habituelle de l'affection, impose en règle absolue, la non intervention.

Dans une troisième période, enfin, des chirurgiens s'élèvent contre ce principe et les opérations deviennent de plus en plus nombreuses.

La première observation d'intervention dans la maladie kystique du rein paraît être celle de Thorn Bardenheuer (136), qui en 1882 enleva à un homme de 45 ans un rein

droit kystique. L'opération fut suivie de guérison. Von Bergmann en 1885 pratique une néphrectomie qui fut moins heureuse car la mort survint en trois jours dans l'anurie.

Roswel Park, Maske, Thiriar, obtiennent au contraire un plein succès avec trois néphrectomies pour rein kystique.

Cependant le professeur Lejars (68), dans sa thèse restés classique, ne retient que le cas de Von Bergmann et fait le procès des interventions chirurgicales dans le rein polykystique. Résumant le travail antérieur de Wagner, il dit « sans doute si la production est unilatérale et qu'elle ait atteint des dimensions suffisantes pour permettre de sentir la tumeur dans la région rénale, il y a lieu de penser à l'extirpation de l'organe malade. Mais on doit hésiter à faire cette opération, si l'on considère que la dégénérescence kystique atteint dans beaucoup de cas les deux reins et que nous ne pouvons encore réussir avec une sûreté entière à reconnaître le bon état de l'autre rein. »

« Mais, ajoute-t-il, quelle que soit l'insuffisance des moyens d'exploration, on peut poser en règle constante la bilatéralité de la lésion et c'est cette bilatéralité qui explique les désastres de l'intervention chirurgicale. Le cas de Bergmann en est un frappant exemple. »

Bœckel (17) dans un travail à peu près contemporain insiste à son tour sur les déplorables effets de la néphrectomie dans le rein polykystique. La plupart des chirurgiens de cette époque se rallient à l'opinion de Brodeur qui condamne formellement la néphrectomie et préconi-

se la néphrotomie mais seulement en cas de nécessité absolue.

« Si le chirurgien croit devoir intervenir il doit ouvrir le kyste plutôt par la région lombaire que par l'abdomen, suturer ses parois aux bords de la plaie, la drainer et laisser au malade ses deux glandes rénales dont l'une à elle seule n'eut pas été suffisante assurément à l'uropoièse. »

« La néphrectomie ne semble nullement applicable au gros rein polykystique, il faut excepter bien entendu les faits où un abcès périnéphrétique coexiste avec un rein kystique supprimé. C'est alors l'incision lombaire avec néphrotomie et drainage qui devient l'opération de nécessité. » Presque tous avec M. Lejars, adoptent les conclusions de Wagner « Si la présence d'une double dégénérescence kystique est vraisemblable ou certaine, tous nos efforts thérapeutiques doivent tendre à prévenir les malades de tout accident et en particulier les affections qui portent leur action sur les reins ».

En dépit de cette condamnation la néphrectomie continue à être pratiquée, non seulement par erreur de diagnostic mais encore volontairement.

La première intervention radicale pour rein polykystique fut pratiquée par Riegner (111), de Breslau en 1888. La malade allait bien trois ans après l'opération.

Citons encore les cas de Clark (30), Page (91), Monod (78), Schmidt (12), Bloch (16), Daudois (34), Pozzi (102), Ryerson-Powler (117) Terrillon, Rendal-Franks (109), Niemeyer (88), Graves (48), Stiller (128), Edmunds (39),

Farr (40), qui intervinrent sans avoir pu poser un diagnostic exact.

Mais en 1894, Landau (133), opéra de propos délibéré et malgré le diagnostic de rein polykystique, parce que la malade avait de vives souffrances. Peu de temps après l'opération, la malade fut reprise de ses premiers symptômes du côté de l'autre rein. Landau incisa la paroi et fit une décapsulation rénale, avec destruction de tous les kystes.

Voici ce que dit à ce sujet son élève Taendler (133).

« Le pronostic de la maladie kystique des reins était considéré depuis longtemps comme très malin. Comme la mort était survenue dans un grand nombre de cas, quelques années après les malades n'étaient jamais sûrs que la secrétion urinaire n'allait pas s'arrêter subitement ».

« La thérapeutique seule employée était la néphrectomie qui souvent ne pouvait être pratiquée, la plupart des affections étant doubles, ou étant sans résultat. Car après l'extirpation d'un rein le parenchyme de l'autre était dégénéré à un certain degré. La chirurgie se trouvait désarmée devant le mal et il ne pouvait être question d'une autre thérapeutique.

« Comme notre méthode opératoire a eu d'excellents résultats, le pronostic de cette affection devient d'autant meilleur. Une thérapeutique qui a donné d'aussi bons résultats dans notre cas, devra être confirmée certes par d'autres faits mais devra être employée dans l'avenir,

de préférence à la néphrectomie, impraticable pour des raisons sérieuses et à la néphrotomie ».

Cette prévision de Taendler ne fut malheureusement pas vérifiée par les faits.

Les chirurgiens persistèrent à néphrectomiser, certains cependant, devant les résultats aléatoires ou fâcheux de cette opération essayèrent d'y substituer d'autres procédés.

En 1892, Farr (50), pratiqua une néphrectomie suivie de guérison, mais dans la suite une série de terminaisons malheureuses vint assombrir le pronostic opératoire de cette intervention.

En 1893, Betterson (97), fixe un rein polykystique et cet exemple est bientôt imité avec succès d'ailleurs par quelques chirurgiens.

Toutefois l'opinion médicale reste hostile à une intervention dans la dégénérescence kystique du rein.

En 1896, Lindegger (71), dans sa thèse pose les indications suivantes : On doit se croire autorisé à intervenir :

« 1) Quand le rein polykystique est un obstacle à la cu-
« re d'une autre maladie concomitante, menaçante par
« elle-même (ectopie et hydronéphrose liée à cette ecto-
« pie).

« 2) Quand il s'accompagne de complications doulou-
« reuses : suppuration des kystes intra-glandulaires, hé-
« maturie persistante.

« Deux cents indications absolues à la néphrectomie
« existent même dans ce cas.

« 1) Quand la tumeur est double, 2) quand les symptô-

« mes de néphrite chronique prédominent constituant « un type brightique de la maladie polykystique du rein.

« La néphrotomie, ajoute-t-il enfin, qui n'a pas encore « été tentée, pourrait être une opération utilisable no- « tamment contre les douleurs, si on considère que le « rein polykystique est fréquemment atteint d'hydroné- « phrose liée à l'ectopie ou à la présence de calculs ».

La même année, à propos d'un malade néphrectomisé et guéri, Vitrac (143), recueille dix-sept cas de néphrectomies avec cinq morts dont deux ou trois seulement, attribuables à la privation d'une des glandes malades, par urémie, les deux autres étant dûes à des accidents septiques ou gangréneux secondaires.

En 1898, Albarran (1), dans le traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet rapporte quelques cas de reins polykystiques opérés avec succès, mais il ajoute cependant :

« Comme dans la majorité des cas les lésions sont bilatérales, l'intervention est d'une manière générale tout à fait contr'indiquée. Il n'y a donc chirurgicalement rien à tenter contre cette affection. Même si l'on pouvait acquérir la conviction que la dégénérescence kystique est unilatérale, il serait préférable de ne pas toucher au rein atteint, si un jour l'altération frappait l'autre rein, le premier serait encore de quelque utilité au malade tant qu'il ne serait pas entièrement détruit ».

M. Tuffier (140), dans le traité de Duplay et Reclus 1899, est encore plus catégorique. Il commence ainsi :
« La bilatéralité des lésions condamne toute tentative

opératoire ». Il conclut en disant que le plaidoyer de Vitrac ne l'a pas convaincu, rapporte trois cas d'opérations de sa pratique personnelle, dont les résultats sont peu décisifs, et conseille l'abstention complète. Si le diagnostic a été posé, il ordonne enfin la révulsion lombaire pour prévenir toute congestion et le traitement médical à base lactée contre les complications probables d'urémie.

Kuster (62), dans sa chirurgie du rein, se montre moins opposé à l'intervention. Il semble douter de la bilatéralité constante des lésions : « La question d'une intervention opératoire ne se pose que dans les cas où le diagnostic a été fait de bonne heure par l'apparition d'une tumeur, les hémorrhagies et les douleurs insupportables. Encore une tentative opératoire ne doit-elle être pratiquée qu'après qu'on s'est assuré de l'unilatéralité de la lésion ».

Dans ce but Kuster conseille de faire toujours une incision exploratrice du côté sain pour s'assurer de l'état du rein. S'il est atteint on doit s'abstenir. Sinon on le remet en place et on enlève le rein opposé. Mais Kuster rappelle ensuite que bien souvent le rein en apparence sain, est en réalité, lui aussi, malade et que, par conséquent, l'abstention est préférable.

On voit que la néphrectomie apparaît toujours aux chirurgiens comme la seule opération dans le rein polykystique.

Israel (55), comme la plupart des chirurgiens rejette la néphrotomie et les autres interventions comme inutiles et déclare qu'on ne devra faire une néphrectomie qu'a-

près avoir acquis l'assurance que le rein opposé est sain.

Schmieden (120), dans son travail sur la chirurgie des reins a réuni 25 cas d'opérations pour rein polykystique. Il y a eu 7 morts dont cinq par insuffisance du rein opposé.

Il conclut en se demandant s'il ne vaut pas mieux s'abstenir même si l'autre rein a été jugé sain.

Mohr (77), dans son travail sur le rein polykystique fait éloge de la néphrotomie, qui garde le parenchyme sain et par évidement des kystes rend possible l'arrêt de l'atrophie de ce parenchyme.

En 1904, Albarran et Imbert (2), dans leur traité des tumeurs des reins sont partisans de l'intervention mais avec des réserves.

Ils ont recueilli 45 cas de néphrectomies pour reins polykystiques et trouvent 30 guérisons, 10 morts opératoires, 5 résultats inconnus. Mais sur les 30 guérisons 3 malades seulement ont survécu 6 et 7 ans.

Les résultats sont donc peu encourageants, et les auteurs concluent : « Il nous paraît donc que le chirurgien ne sera autorisé à pratiquer la néphrectomie que lorsqu'un des reins fonctionne encore d'une manière satisfaisante et uniquement dans les cas où un des symptômes prendra une prépondérance inquiétante. Si l'urine obtenue du côté supposé sain, confirme cette intégrité, il nous paraît très rationnel de pratiquer la néphrectomie ».

Delkeskamp (96 *bis*), élève de Garré, à propos d'un cas opéré avec succès, se rallie à l'opinion de Mohr. En règle

générale abstention dans la maladie polykystique à moins d'indications formelles :

1° Si le rein par son volume ou par son déplacement, provoque des douleurs très vives qui ne peuvent être calmées par une opération conservatrive (néphropexie).

2° S'il y a de fortes hématuries.

3° S'il y a un processus suppuré étendu au niveau d'un des reins polykystiques.

En 1904, dans un article à la Gazette de Nantes, Rivet (112), admet l'unilatéralité du rein polykystique dans quelques cas et rapporte l'observation d'un malade opéré 4 ans auparavant, dont « l'état de santé est florissante et rien ne peut faire supposer que ses fonctions rénales ne s'exécutent qu'avec un seul rein ».

Le chirurgien devra donc, dit-il, régler sa conduite sur l'évolution clinique du rein polykystique qui comporte deux formes : une forme médicale et une forme chirurgicale. Dans ce dernier cas, si le rein polykystique est unilatéral, néphrectomie. S'il est bilatéral, néphrotomie double. La voie opératoire devant être toujours la voie lombaire à l'exclusion de la voie transpéritonéale.

Siéber (125), en 1905, publie un très important travail où il a réuni 212 cas de reins polykystiques dont 78 opérés de diverses façons.

Il trouve une mortalité opératoire considérable : pour 62 cas de néphrectomie, 20 morts dont 11 par urémie ou anurie. Aussi déclare-t-il que la « néphrectomie est une opération grave car même les malades, considérés com-

me guéris, finissent par mourir d'urémie chronique ou aiguë.

On a cherché des interventions moins dangereuses. La néphrotomie que Harrisson (50), compare à l'iridectomie dans le glaucome ou au décollement de l'épidyme dans l'orchite, néphrotomie qui agirait par décompression du rein mais dont le pronostic reste grave puisque la mortalité s'élève encore à 30 p. %.

L'incision, la ponction des kystes ont été également tentées sans grand résultat. Puis remontrant le cas de décapsulation rénale pratiquée par Edebohls pour une dégénérescence kystique double des reins, Siéber expose la théorie de cet auteur suivant lequel la néphrotomie doit laisser la place à la décapsulation, car dans ce cas :

1° Il n'y a pas de perte du parenchyme rénal.

2° L'hémorrhagie est moindre ou inexistante.

3° Le traitement de la plaie est des plus simples.

Il termine en avouant qu'Edebohls a obtenu un excellent résultat par ce procédé mais refuse de se prononcer sur un cas unique et pense que la décortication du rein polykystique doit être souvent impossible à cause de la grande adhérence de la capsule.

Il insiste enfin sur ce fait que chez ces malades toute intervention est dangereuse parce qu'elle nécessite l'anesthésie générale, à laquelle les malades porteurs de reins polykystiques sont très sensibles.

Il conclut avec Hollairdes (53), que l'abstention est préférable ; le traitement médical est le seul praticable ; il ne faudra intervenir que si des accidents graves menacent la vie du malade et donner alors la préférence à la né-

phrotomie. Quand à l'abcès périnéphrétique et à l'hydronéphose, ils nécessitent évidemment par eux-mêmes une intervention.

Stander (126), en 1905 ayant fait la néphrectomie d'un kyste suppuré, émet les conclusions suivantes :

1°) Le rein polykystique uni et bi-latéral n'est sujet dans les cas habituels qu'au traitement interne.

2°) Le chirurgien est en droit d'intervenir en présence de phénomènes de très fortes compression (dyspnée, douleurs) ou d'hématuries si l'autre rein n'est pas malade.

3°) Le chirurgien a le devoir d'intervenir lorsqu'il s'agit de complications qui mettent en danger la vie du malade, surtout de suppuration lorsque l'autre rein est encore normal ou peu malade.

En 1906, dans leur traité de chirurgie des reins Garré et Erhardt (45 *bis*), résument l'opinion générale en proclamant l'abstention quand il n'y a pas de complications graves menaçant la vie, se basant sur ce fait que celle-ci est toujours possible, tant qu'une petite partie du parenchyme rénal persiste, si minime soit-elle. Et en cas d'intervention ils conseillent de s'adresser à la néphrotomie.

Cassanello (27 *bis*), 1907, pense que l'intervention du chirurgien, doit être très limitée et très prudente ; elle doit être conservatrice : néphrotomie, néphropexie ; la néphrectomie doit être exceptionnelle étant donné la bilatéralité de l'affection.

En 1908, Bircher (11), dans une bonne étude de la question, revise les opinions des divers chirurgiens qui

se sont occupés de l'intervention dans le rein polykystique et conclut en disant : « Le rein polykystique ne peut être influencé que défavorablement par les interventions chirurgicales. L'hématurie, les douleurs vives, la suppuration peuvent indiquer une intervention, mais il faut rejeter la néphrectomie et donner la préférence à la néphrotomie ou à l'incision des kystes les plus superficiels.

L'examen fonctionnel du rein donnera des indications. Il faut se méfier de la narcose.

Au Congrès d'urologie de 1907, dans sa communication sur l'opérabilité des kystes du rein, M. Pousson (101) introduit une nouvelle notion d'une importance exceptionnelle puisque, à côté du rein polykystique congénital ou néoplasique, qui ne relève que de la thérapeutique médicale, il distingue le faux rein polykystique tuberculeux ou lithiasique, presque toujours unilatéral, et qui par conséquent est justiciable du traitement chirurgical.

Encore admet-il qu'il faut pour cela des raisons sérieuses, hématuries abondantes, douleurs, anurie ou suppuration et conseille-t-il d'avoir recours aux opérations conservatrices, néphropexie ou décapsulation de préférence à la néphrectomie.

Kronlein (59), en 1909, essaye de réagir contre la tendance abstentionniste des chirurgiens et à propos d'un malade opéré dix ans auparavant et bien portant il déclare injustifiée cette opinion. Il y a des cas de rein polykystique où le chirurgien a le devoir d'opérer et serait coupable de ne point le faire.

Il écrit :

« Malgré l'opinion de la majorité des auteurs qui « considérent l'intervention sur un rein polykystique « comme un saut dans l'inconnu, et celle de Kus- « ter « la néphrectomie d'un rein kystique n'est pas justi- « fiée même si l'autre rein est sain » je ne crains pas de « dire que souvent la dégénérescence polykystique, n'en- « vahissant qu'un seul rein ou même une partie d'un rein « se comporte par rapport à la thérapeutique, dans ces cas « très rares, comme les autres tumeurs bénignes du rein ».

La même année Stromberg (130), déclare en revanche que le rein polykystique est inguérissable quelle que soit l'intervention pratiquée.

Cependant certains symptômes ou certaines complications peuvent être des indications opératoires.

Les indications de la néphrectomie sont limitées aux opérations ou aux hématuries trop abondantes.

Il conseille de recourir dans les autres cas aux opérations conservatrices, néphrotomie, néphropexie et ne croit pas que la bilatéralité des lésions doive être une contr'indication absolue à l'intervention ; il ne pense pas à une fragilité spéciale de ces malades pour les anesthésiques.

Krotoszyner (60), aboutit aux mêmes conclusions mais il donnerait la préférence aux ponctions ou à la néphrotomie, demande à ce qu'on vérifie toujours l'état de l'autre rein, se déclare enfin obsolument opposé à la néphrectomie.

Boves (18), est partisan d'une façon générale de l'abs-

tention, mais il admet l'intervention pour les cas où l'affection est unilatérale. Il préconise la néphrectomie ; si l'affection est bilatérale et que certains symptômes rendent nécessaires une thérapeutique radicale, il faudra préférer la ponction, l'incision des kystes ou la néphrotomie.

En 1910, Renner (108), résume la question et accepte les idées de Stromber et de Kronlein, pour lesquels une intervention est indiquée dans certains cas d'unilatéralité apparente avec graves hématuries, douleurs ou suppuration.

La même année, dans un article extrêmement intéressant et complet M. Lejars (68), étudie à nouveau la question de l'opérabilité du rein polykystique.

« La formule primitive : il n'y a pas de traitement chirurgical du rein polykystique, telle qu'elle se dégageait des premières expériences malheureuses n'a donc plus la valeur absolue qu'il avait paru sage de lui attribuer ; mais on aurait tort d'aller trop loin dans le sens opposé et de tirer, comme on l'a fait de temps en temps, des conclusions outrancières de quelques succès isolés et transitoires sans doute pour la plupart ».

M. Lejars ne croit pas à l'unilatéralité des reins polykystiques ; il faut admettre plutôt le développement lent de la maladie dans le rein opposé.

On ne doit pas se laisser impressionner par le terme de néoplasme appliqué à la dégénérescence kystique du rein ; cliniquement il n'évolue pas comme un néoplas-

me ; il tue par suppression du parenchyme rénal ; réduire la quantité totale de ce parenchyme en supprimant un des reins c'est favoriser l'évolution de la maladie.

La néphrectomie ne peut donc être envisagée que si l'autre rein est reconnu apte à faire à lui seul tout le travail de l'épuration urinaire et encore seulement s'il s'agit d'hématuries profuses et très abondantes, ou de suppuration.

Dans tous les autres cas on se contentera des opérations conservatrices : néphrotomie, néphropexie.

M. Legueu (67), dans son traité d'urologie soutient à peu près les mêmes idées et termine en disant : « On peut donc dire que l'abstention sera la règle de conduite la plus sage en présence d'un rein polykystique et que l'intervention sera réservée à des cas très spéciaux et très exceptionnels ».

Pourtant en 1911 Rovsing (115), à la suite de trois cas suivis de guérison, prend la parole en faveur de la ponction des kystes.

« En chirurgie rénale, la maladie kystique est un *noli me tangere* ; l'autre rein est en effet ordinairement atteint de la même affection et par suite la néphrectomie aboutit généralement à l'urémie.

« Toutefois il ne semble pas interdit de recourir à des ponctions multiples. Bien que leur action soit purement palliative, les ponctions améliorent considérablement la fonction rénale ce qui tient probablement à la décompression du parenchyme ».

En 1911, enfin dans son remarquable rapport au con-

grès d'urologie, M. Brin (19), étudie très longuement la question. Après avoir donné un exposé historique très complet, dans lequel nous avons d'ailleurs puisé un grand nombre des faits que nous venons de citer, le savant chirurgien d'Angers énumère les opérations qui ont été pratiquées et leurs résultats, critique les indications qui ont guidé les chirurgiens dans leur détermination interventionniste et dans le choix du procédé opératoire.

Fondant alors son opinion sur cet examen de 167 observations d'intervention pour rein polykystique et comprenant 117 néphrectomies, 22 néphrotomies, 8 néphropexies, 3 décapsulations, 17 ponctions ou incision des kystes, il conclut : « D'une façon générale dans le cours d'une dégénérescence kystique des reins évoluant normalement on doit s'abstenir de toute intervention.

« Il faut s'efforcer de faire le diagnostic précoce pour ne « pas intervenir.

« On évitera même l'incision exploratrice car il paraît « bien que la narcose est particulièrement nocive pour ces « malades.

« S'il s'agit de malades fragiles auxquels il ne faut tou- « cher qu'avec prudence, nous rejetons complètement les « opérations dites conservatrices, néphropexies, décapsu- « lations, ponction, incision ou résection des kystes et « nous n'admettons que la néphrectomie ou la néphroto- « mie à titre exceptionnel.

« L'intervention chirurgicale se bornera donc aux com- « plications du rein polykystique, qui sont :

« 1° La suppuration,

« 2° L'hématurie,

« 3° L'anurie.

« Comment faut-il intervenir ?

« D'abord on s'assurera, autant que possible par le cathétérisme urétéral du fonctionnement des deux reins, « et si le rein opposé à celui sur lequel on se propose d'intervenir est jugé insuffisant on s'abstiendra toujours de « la néphrectomie. Si au contraire le rein opposé est jugé « suffisant on aura le choix entre la néphrectomie et la « néphrotomie. Nous pensons que la néphrectomie doit « être préférée à la néphrotomie dans les cas de suppuration ; en effet une néphrotomie ne saurait ouvrir tous « les kystes suppurés et les faits sont là pour montrer que « la néphrectomie dans les kystes suppurés donne une « mortalité moins élevée que la néphrotomie. Dans les « cas d'hématuries graves que faudrait-il faire ?

« Nous pensons que là encore la néphrectomie est plutôt indiquée parce que dans la maladie kystique la néphrotomie n'agit pas de la même façon que dans les « reins ordinaires mêmes malades.

« Elle ne provoque pas une saignée aussi marquée et « cependant pour atteindre le bassinet comprimé par les « kystes, il faudra aller profondément et risquer de blesser les vaisseaux du sinus du rein.

« La néphrectomie au contraire, uni ou bi-latérale, « nous paraît la seule opération praticable dans l'anurie. « Faut-il faire pratiquement une distinction entre le rein « polykystique vrai ou faux ? A t-on des chances de gué-

« rison par la néphrectomie dans le rein polykystique « calculeux ? Nous ne le pensons pas ; mais le chirurgien « a ici la main forcée par la présence du calcul ; il doit « agir comme dans une lithiase ordinaire en tenant comp- « te de l'état du rein opposé.

« Le rein polykystique doit être traité de la même « façon que la néphrite interstitielle ».

Telles étaient les idées régnantes il y a deux ans sur le traitement chirurgical du rein polykystique.

Toutefois au même Congrès de 1911, Pasquereau (93), sans vouloir en tirer des conclusions définitives, cite le cas d'un malade dont il a fixé le rein pour une maladie kystique et qui en a retiré un soulagement immédiat.

Mentionnons encore la belle étude de MM. Pasteau et Papin (74), sur la valeur du cathétérisme urétéral pour le traitement des reins polykystiques, étude qu'ils terminent par ces mots : « On doit à notre avis se méfier beaucoup de la néphrectomie ».

En 1912, dans sa pathologie externe M. Chevassu (29), adopte les conclusions de M. Brin ; traitement médical si rein polykystique bilatéral, si affection unilatérale, néphrotomie en cas d'anurie.

Dans tous les autres cas la néphrotomie sera complétée par la décortication et on ne pourra pratiquer la néphrectomie que si on est certain du fonctionnement parfait du rein opposé.

La même année, Steiner (127), à propos de trois opérations pour maladie kystique se montre très pessimiste.

Il est d'avis qu'on ne doit pas pratiquer la néphrecto-

mie ; celle-ci ne peut être permise qu'en cas de complications « tuberculose, hématurie, pyonéphrose et seulement si le rein adelphe est sain.

En outre, bien que deux malades chez lesquels il avait fait une décapsulation du rein, aient guéri, il écrit que la néphrotomie et la décapsulation, n'ont aucune action favorable sur la marche de la maladie.

Illyés (54), lui, admet l'unilatéralité du rein polykystique mais seulement dans des cas très rares. Pour lui la maladie n'est sujette au traitement chirurgical que si des complications surviennent sauf dans les cas où un seul rein est malade et où on peut craindre que le rein malade n'influence défavorablement le rein sain. Dans ce dernier cas l'opération est conditionnée par l'état du rein présumé sain.

Les hématuries et les douleurs sont améliorées par la néphrotomie. L'oligurie et l'anurie sont influencées par la décapsulation.

Le rein polykystique sans complications ne prête pas d'habitude à l'intervention ne serait-ce que parce qu'il est très difficile à diagnostiquer.

Enfin Chabannaz et Lefebvre (28), introduisent dans la thérapeutique un procédé nouveau, la néphrectomie partielle, qu'ils ont pratiqué chez un malade avec les meilleurs résultats.

En 1913, on peut citer encore quelques interventions, ce qui prouve que le dernier mot n'a pas été dit sur le traitement chirurgical de la dégénérescence kystique du rein.

CHAPITRE II

Doit-on intervenir dans le gros rein polykystique

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — DIAGNOSTIC

De la lecture de ce long exposé historique, on pourrait conclure que la meilleure conduite à tenir en présence d'une maladie kystique des reins doit être l'abstention. Cependant, bien que le dogme du *noli me tangere* ait régné sans interruption dans l'esprit de presque tous les chirurgiens, depuis que la dégénérescence kystique des reins a pris place dans l'histoire médicale, jusqu'à nos jours, nous voyons que les interventions se sont multipliées.

Comment expliquer une pareille contradiction ?

Or, par l'analyse minutieuse des travaux parus sur la question, nous constatons que les arguments sur lesquels on se base pour interdire le traitement chirurgical sont presque tous tirés des constatations anatomiques, de théories pathogéniques tandis que les opérations ont été imposées par la prédominance de tel ou tel symptôme ou par l'apparition de complications.

En conséquence nous croyons devoir donner un court aperçu sur la pathogénie, l'anatomie pathologique, les symptômes et les complications de la dégénérescence kystique du rein pour pouvoir établir notre opinion sur des données précises et complètes.

Bilatéralité très commune, presque constante mais inégale de la lésion ; augmentation de volume du rein avec conservation, dans sa masse de la forme de l'organe; aspect en « grains de raisin » et dimensions extrêmement variables des kystes conglomérés dont le contenu en général séreux peut avoir pris en certains poins une coloration brunâtre opaline, une consistance pâteuse avec un aspect hyalin ou colloïde » tels sont les caractères macroscopiques de la maladie kystique du rein (Letulle et Verliac) (70) .Tous ces caractères joints à la composition chimique (urinaire), de liquide des kystes séreux sont aujourd'hui classiques et ne nous peuvent conduire à d'autres déductions qu'à la notion de la perméabilité persistante d'une portion plus ou moins considérable du parenchyme rénal intermédiaire aux kystes, et à la certitude d'un fonctionnement physiologique durable de la glande d'où la survie maintes fois longue du sujet.

La structure microscopique du rein polykystique est non moins nettement établie. On décrit parfois aux poches accumulées en quantité parfois incroyables en certains points du parenchyme rénal, notamment au niveau du bassinet, une paroi interne cylindrique ou cubique et une paroi externe conjonctive reposant sur le tissu glandulaire voisin.

Ce tissu, surtout en cas de survie prolongée fournit maintes fois les preuves d'une irritation chronique ancienne périkystique et même parakystique. Les tubes à quelque étage qu'ils appartiennent sont aplatis, atrophiés et les glomérules peuvent être soit tassés, refoulés par les masses tumorales. Soit au contraire ectasiés la capsule de Bowmann se trouvant à la fois, sclérosée et dilatée.

On rencontre aussi quelquefois des zones périkystiques dans lesquelles le tissu conjonctif interstitiel présente tous les signes d'une inflammation subaigue, des leucocytes viennent s'y grouper formant des nodules infectieux et les vaisseaux peuvent présenter toutes sortes de réactions endo ou méso vasculaires.

On a de même parlé de la présence parmi les placards fibroïdes de tubes simples ou d'apparence adénomateuse et on a voulu y voir les signes d'une réaction intense des cellules rénales voulant compenser ainsi la perte de parenchyme causée par la présence des kystes.

Telles sont les lésions caractéristiques du rein polykystique, tel est l'aspect sous lequel il se présente anatomiquement suivant Letulle et Verliac (70), à qui nous empruntons cette description.

De la constatation de ces lésions sont nées un grand nombre de théories pathogéniques, mais dans leur rapport au congrès d'Urologie, MM. Letulle et Verliac nous apprennent qu'il n'en subsiste plus que deux.

L'une, considérant ces formations exubérantes auxquelles aucune partie du parenchyme ne paraît savoir résister, les attribue à une suractivité formative des épithé-

liums, tant tubulaire que glomérulaire, suractivité épithéliomateuse, pour tout dire en un mot, avec dégénérescence mucoïde.

Mais partout et toujours, les innombrables kystes qui parsèment le parenchyme rénal sont restés fixes, n'ayant aucune tendance envahissante et n'augmentant de volume que sous l'influence de poussées de néphrite concomitante. Aucune métastase n'a jamais été signalée dans la maladie kystique du rein et nous n'avons pas jusqu'à ce jour connaissance d'une observation de cancer primitif du rein développé sur un rein polykystique.

La deuxième théorie attribue toutes ces formations kystiques à une défectuosité formative des épithéliums survenue au cours du développement embryonnaire de l'organisme, théorie qui, selon MM. Letulle et Verliac, doit être considérée comme la meilleure.

Nous devons en citer une troisième défendue par M. Pousson (101) qui explique la formation des kystes par la sclérose due à la néphrite chronique. Il avait ainsi été amené à créer deux sortes de reins polykystiques : le faux rein polykystique d'origine lithiasique ou tuberculeuse et opérable, le vrai rein polykystique bilatéral toujours et inopérable. En réalité, il n'y a qu'une espèce de rein polykystique, bilatéral, toujours caractérisé par l'envahissement kystique des deux reins.

Mais ce qui attire l'attention sur les reins malades, ce ne sont point les kystes, indolores comme toutes les malformations dues à la « dysembryoplastie », et qui, par suite, passent inaperçus, ce sont les signes de néphrite

chronique, signes qui se traduisent par l'augmentation de volume du rein et donnent lieu à une partie des symptômes fonctionnels, les autres relevant uniquement d'une cause mécanique : la compression.

Comment évolue donc habituellement la maladie kystique du rein ?

Son évolution est des plus variables, si bien qu'on peut multiplier à l'infini les formes cliniques ; toutefois nous distinguerons trois formes. Une forme latente dont Brin a cité 60 cas, et qui n'est bien souvent une découverte d'autopsie que par suite de l'ignorance ou de la méprise du médecin traitant.

Une forme médicale où prédominent les signes de néphrite chronique : Céphalée, vertiges, bourdonnement d'oreilles, crampe, sensation de doigt mort, fourmillement, pollakiurie, polyurie, albuminurie, hypertension, hypertrophie cardiaque, œdème, dyspnée, troubles digestifs, pâleur, cachexie, hémorrhagies.

Une forme chirurgicale enfin, se traduisant en clinique par trois symptômes cardinaux :

La tumeur ;

Les douleurs ;

Les hématuries,

auxquels peuvent se joindre d'autres troubles par compression des organes voisins.

La tumeur, c'est le symptôme essentiel qui doit attirer l'attention vers le rein polykystique, mais elle n'est pas

toujours précoce. Cette tumeur est plus ou moins volumineuse, de la grosseur d'une pomme à une tête de fœtus. Elle remplit la fosse lombaire, est mobile avec les mouvements respiratoires, dure ou rénitente, bosselée, souvent douloureuse. La palpation permet de la délimiter et la percussion, aidée de l'insufflation montre le colon au devant du rein.

Les douleurs existent dans les 2/3 des cas, siègent dans la région lombaire ou dans le flanc, souvent bilatérales, survenant sous forme de crises, lancinantes ou sourdes, irradiant vers la cuisse, le thorax, le foie, le testicule, pouvant parfois revêtir le type de coliques néphrétiques.

Quant aux hématuries, elles surviennent dans 1/5 des cas, sont parfois abondantes, toujours totales, presque toujours douloureuses, durent un ou deux jours, quelquefois plus. Enfin les troubles de compression sont plutôt déjà des complications, qu'il s'agisse d'occlusion intestinale par compression du colon, de rétention d'urine ou d'incontinence, de fausses couches par compression des organes génitaux internes. Un dernier signe peut servir à mettre sur la voie du diagnostic : l'existence de formations kystiques à l'intérieur d'autres organes, foie, ovaire, ligament large. Epididyme.

L'évolution clinique du rein polykystique est généralement lente et n'aboutit à la mort qu'au bout de 3, 10, 15 ou même 20 ans. Celle-ci survient soit par anurie, dans les 4/5 des cas, soit par suppuration des kystes annoncée par l'élévation de la température et des douleurs très violentes, soit par rupture du rein polykystique.

A côté de ces complications, nous pouvons en citer quelques autres moins importantes : la mobilité rénale, l'hydronéphrose, secondaire à la mobilité ou due à l'occlusion de l'uretère par les kystes inférieurs ; les troubles de compression intestinale.

L'hématurie, par sa trop grande abondance.

Maintenant que nous avons exposé la description complète de la dégénérescence kystique du rein, voyons sur quelles bases s'appuie la théorie de la non intervention.

Un premier argument est tiré de la bilatéralité des lésions. Nous ne discuterons pas cette bilatéralité qui est admise par tous les auteurs et qui, en fait, se retrouve dans toutes les observations de reins polykystiques. M. Pousson qui, comme nous l'avons dit, avait essayé de créer un faux rein polykystique unilatéral, maladie chirurgicale par opposition au rein polykystique vraie maladie purement médicale, a reconnu lui-même que cette distinction n'avait été faite par lui que dans le but d'en appeler à l'ostracisme opératoire dont étaient frappées naguère ces formations kystiques.

Mais la connaissance de cette bilatéralité des lésions ne peut contr'indiquer que la néphrectomie, nous en reparlerons donc à propos de la critique de cette opération.

On a trouvé un deuxième argument dans la pathogénie de la maladie. D'après les dernières idées, nous savons en effet que le rein polykystique est le résultat d'une dysembryoplastie, or on ne peut intervenir que sur les kystes, formation embryonnaire qui, généralement, passe inaperçue et ne donne lieu à aucun phénomène mor-

bide tandis que la néphrite chronique, véritable cause de la mort par envahissement du parenchyme rénal, est au dessus des ressources de l'art chirurgical.

Nous reconnaissons parfaitement la valeur de ces objections mais elles s'adressent uniquement aux interventionnistes malgré tout, à ceux qui considérant la maladie kystique du rein comme une néoplasie, ont l'ambition de guérir leur malade, en opérant avant que le processus dégénératif ait atteint l'autre rein, ce qu'ils considèrent comme une métastase cancéreuse.

MM. Letulle et Verliac (70), ont montré tout ce qu'avait d'irréel cette théorie et nous ne pensons pas qu'il existe encore des chirurgiens croyant à la nature épithéliomateuse du rein polykystique.

Ce n'est donc point contre la maladie elle-même, que sont dirigées les interventions et les chirurgiens en grande partie tout au moins, n'ont nullement la prétention de vouloir guérir leurs malades.

Le traitement chirurgical doit être uniquement symptomatique et non pathogénique ou curatif et on ne doit se croire autorisé à intervenir que dans la forme chirurgicale quand l'apparition d'une complication ou la prédominance d'un symptôme met en danger la vie du malade et ne lui permet pas de supporter patiemment son affection.

Mais on a même voulu proscrire l'intervention dans ces cas.

On a écrit : L'étude anatomo-pathologique du rein polykystique a montré que la vie du malade était

compatible avec une destruction presque complète du parenchyme rénal, la plus petite parcelle de tissu sain suffisant à assurer l'uropoièse, et il n'est pas rare de constater une dégénérescence kystique complète des deux reins à l'autopsie d'un malade, n'ayant présenté aucun signe de cette affection.

De plus l'évolution est généralement longue et de tels malades possesseurs de lésions très avancées peuvent cependant vivre 10, 15 ou 20 ans. Que l'on intervienne, et l'anesthésie introduit dans l'organisme une grande quantité de toxines, que la minuscule partie du rein sain s'épuisera à éliminer, d'où la mort fréquente des opérés.

Nous avouons que cette dernière objection a une plus grande valeur que les précédentes, mais dans les 200 observations d'interventions que nous avons recueillies, nous ne trouvons que deux cas de mort par chloroforme, la malade de Friedrich qui a succombé après une courte chloroformisation pour une simple laparotomie exploratrice et la malade de Hohne morte à la suite d'une simple chloroformisation pour extraction d'une dent.

Il est possible toutefois qu'on puisse incriminer l'anesthésie dans un certain nombre de cas de mort consécutives à l'opération, aussi ne saurions-nous trop engager les chirurgiens à vérifier par tous les moyens, leur diagnostic, avant d'agir sur un malade soupçonné de maladie kystique du rein et surtout à s'assurer que les reins fonctionnent encore suffisamment pour travailler à décharger l'organisme des toxines chloroformiques.

Quant à dire que le malade aurait vécu très longtemps

sans l'intervention, c'est là une idée fausse, car, comme nous l'avons déjà dit en plusieurs endroits, on n'opère, que pour des raisons sérieuses, et les malades qui présentent ces manifestations, n'auraient vraisemblablement point survécu.

Nous avons en effet recueilli une cinquantaine d'observations dans lesquelles nous voyons des malades présentant ces troubles, facteurs habituels de l'opération, et non opérés succomber quelques mois, une année au plus tard après leur apparition.

Quelles sont donc les raisons qui peuvent justifier une intervention dans la maladie kystique des reins ?

Nous étudierons à propos de chaque intervention les indications particulières à chacune d'elles mais nous pouvons déjà dire que, quelles que soient les manifestations redoutables de la forme médicale, on ne doit pas instituer un traitement chirurgical, car ici seule la néphrite chronique est en cause et les malades ne sont par suite justiciables que du traitement du mal de Bright.

Dans la forme chirurgicale, au contraire ce sont les kystes qui, par compression ou écrasement du parenchyme voisin déterminent les symptômes, et on sera par suite autorisé à intervenir.

La tumeur ne sera pourtant une cause d'intervention que si elle donne lieu à des phénomènes de compression, occlusion intestinale, troubles génitaux ou urinaires.

On peut dire que dans presque tous les cas que nous

avons cités, ce sont les hématuries ou les douleurs qui ont été les principales indications opératoires.

Les hématuries s'expliquent par congestion de l'organe sous l'influence de l'hypertension artérielle consécutive à la néphrite chronique mais aussi peut être à la rupture de quelques petits kystes intra-parenchymateux sous l'influence d'un traumatisme.

Quant aux douleurs, ce sont des phénomènes de compression, dues uniquement à la présence des kystes, elles sont par conséquent la meilleure indication opératoire dans la dégénérescence kystique du rein, les complications mises à part.

Celles-ci relèvent également de ces deux lésions, kystes, néphrites chroniques. L'anurie, est tantôt le résultat de l'aplatissement de l'uretère par les kystes, tantôt elle survient par suite de la néphrite chronique. Quant aux autres complications, suppuration des kystes hydronéphrose, troubles intestinaux ou génitaux, une intervention peut évidemment avoir sur elle une action très heureuse.

Nous croyons donc avoir établi sur des bases assez solides le principe de l'intervention dans le rein polykystique nous en avons donné les indications opératoires mais avant de choisir le procédé auquel nous allons avoir recours, nous désirons insister, et nous pensons qu'on ne le fera jamais trop, sur l'importance d'un diagnostic précis, et de la connaissance exacte des fonctions rénales.

Sur quoi peut s'appuyer le chirurgien pour faire le diagnostic d'une maladie kystique des reins ?

Il y a des cas où celui-ci s'impose, ce sont ceux où les

hématuries et les douleurs coexistent avec une tumeur bilatérale bosselée.

Il y a d'autres cas où le diagnostic est impossible car la maladie se révèle par des signes du brightisme, nous savons que dans ce cas on ne doit pas opérer, nous ne nous occuperons donc que d'une troisième possibilité, les cas où il existe une seule tumeur avec hématurie et douleur ou l'un quelconque de ces deux symptômes. Le diagnostic sera à faire avec tous les gros reins.

La lithiase sera éliminée par la radiographie.

La tuberculose est généralement caractéristique avec sa pyurie et sa pollakiurie diurne et nocturne. Le cancer du rein, l'hydronéphrose, pourront être confondus avec le rein polykystique simple. La pyonéphrose, la pyélonéphrite, l'abcès périnéphrétique avec le rein polykystique suppuré, mais dans tous ces cas, l'indication est la même il faut intervenir, l'intervention est la même ; donc une erreur de diagnostic, n'a pas une importance capitale. Ce qui est autrement intéressant, c'est de reconnaître l'état de la fonction rénale, examen qui doit être pratiqué avant toute intervention sur le rein. Le cathétérisme urétéral nous fournit tous les renseignements nécessaires. L'examen des urines pourrait d'ailleurs, d'après Israël, nous permettre de confirmer le diagnostic par la découverte de corpuscules colloïdes en rosette pathognomoniques du rein polykystique, corpuscules qui malheureusement manquent souvent.

Une fois les urines de chaque rein recueillies, on pourra se rendre compte de l'état de ces organes.

Si les reins fonctionnent très mal tous les deux, pas

Si un rein ne fonctionne plus, et que l'autre fournit un travail double, on pourra envisager la possibilité d'une néphrectomie.

Si les deux reins fournissent un travail égal, la néphrotomie sera contr'indiquée, mais on sera en droit de pratiquer une opération conservatrice.

L'épreuve de la polyurie expérimentale ou bleu de méthylène ou de la phloridzine ne devra pas être négligée, et rendra souvent de grands services.

En tous cas, le chirurgien ne doit jamais oublier d'acquérir cette connaissance indispensable du fonctionnement du rein et bien des déceptions opératoires lui seront évitées.

CHAPITRE III

Les Procédés Opératoires

LA NEPHRECTOMIE

Nous avons dit quelques mots dans notre Historique des diverses opérations qui ont été tentées dans la dégénérescence kystique des reins. Nous avons vu que M. Brin terminait son rapport en ne retenant que deux modes d'intervention, la néphrectomie et la néphrotomie.

Cependant, il nous a paru qu'il rejetait, peut-être un peu trop rapidement, d'autres opérations conservatrices telles que la décapsulation ou l'excision des kystes, opérations qui, certes, n'ont point encore fait leurs preuves de façon satisfaisante, mais qui, en tout cas n'ont donné que des résultats heureux. En conséquence, afin de nous faire une opinion personnelle nous allons passer en revue toutes les observations que nous avons pu réunir.

Aux 167 cas publiés par M. Brin, il nous a été possible

d'ajouter 26 observations nouvelles. Les 194 observations se répartissent ainsi :

127 Néphrectomies.
27 Néphrotomies.
15 Ponctions.
10 Néphropexies.
5 Décapsulations simples.
4 Décapsulations avec excision des kystes.
3 Néphrectomies partielles.
2 Opérations pour phlegmon périnéphrétique et tumeur pararénale.
1 néphrectomie suivie de décapsulation de l'autre rein.

Malgré toutes les objections, malgré les idées exprimées souvent par les opérateurs eux-mêmes, la néphrectomie tient donc et de beaucoup la première place, puisque si on y ajoute les néphrectomies partielles, elle a été pratiquée à elle seule deux fois plus souvent que toutes les autres interventions réunies.

C'est par elle que nous commencerons l'étude des procédés opératoires dans le rein polykystique ; nous examinerons successivement à propos de chacun d'eux, leurs résultats, immédiats ou tardifs, nous ferons ensuite les critiques des raisons qui ont déterminé les chirurgiens à intervenir dans tel ou tel cas, nous terminerons enfin en exposant les indications qui les ont guidés dans leur choix du mode d'intervention.

Les cas de néphrectomie dans le rein polykystique commençaient déjà à être assez nombreux en 1911 ; depuis il semble que leur fréquence ait un peu diminué,

puisque nous n'avons pu trouver que 10 observations de néphrectomies contre 16 environ de procédés conservateurs.

Nous avons, pour classer ces 127 cas, emprunté à M. Brin, sa méthode de classification. Avec lui nous les rangerons de la façon suivante :

Reins polykystiques simples.....	105 cas
Reins polykystiques suppurés.....	13 cas
Reins polykystiques hydronéphrotiques	3 cas
Reins polykystiques calculeux.....	6 cas

Si nous examinons la mortalité globale obtenue par la néphrectomie nous obtenons les chiffres suivants :

38 morts immédiatement ou dans l'espace de quelques semaines soit une mortalité de 30 p. %, supérieure à celle données par Maske (21 p. %) par Schmieden (27 p. %) et par M. Brin (29 p. %). Les morts se classent ainsi :

Reins polykystiques simples...	36 cas
Reins polykystiques suppurés.	2 cas
Reins polykystiques hydronéphrotiques et lithiasiques..	0 cas

A priori, il semble étrange que des reins polykystiques suppurés s'accompagnant d'une atteinte très marquée de l'état général, n'aient donné qu'une aussi faible mortalité à la suite de l'intervention. Mais le fait pour M. Brin est très explicable et il compare le rein polykystique compliqué à cette flamme vive qui peut appeler les secours avant que la destruction soit trop étendue tandis que le rein polykystique simple c'est le feu lent sans flammes

qui a déjà tout consumé quand on s'aperçoit de l'incendie.

Cette explication est assez plausible et on comprend que le rein polykystique simple poursuivant son évolution naturelle silencieuse pendant longtemps, son œuvre destructive est déjà très avancée quand un symptôme attire l'attention du médecin.

On ne sera donc point étonné de la fréquence relative de la mort subite ou rapide.

Dans 1o cas la mort est survenue dans les 24 heures.

Quelques heures après l'opération..	4 cas
3 heures	2 cas
1o heures.....	1 cas
24 heures.....	3 cas
48 heures.....	3 cas
54 heures.....	1 cas
62 heures.....	1 cas
3 jours.....	4 cas
4 jours.....	1 cas
6 jours.....	3 cas
7 jours.....	1 cas
8 jours.....	2 cas
1o jours.....	1 cas
11 jours.....	1 cas
Quesques semaines	5 cas

Soit 19 cas de mort dans les trois jours, 9 cas de 3 à 11 jours et cinq cas au bout de quelques semaines.

Mais il est préférable d'envisager la cause de la mort.

Pour nos 38 cas nous avons :

Urémie	20 cas
Anurie complète	4 cas
Coma probablement urémique...	3 cas
Collapsus et asthénie cardiaque..	3 cas
Hémorrhagie secondaire	1 cas
Perforation secondaire de l'intestin	2 cas
Cas où la mort n'est pas indiquée.	5 cas

Dans la grande majorité des cas les malades succombent donc à l'insuffisance rénale et quant aux autres accidents, hémorrhagies ou occlusion, ils ne sont pas plus fréquents que dans les autres affections mais le collapsus cardiaque n'est pas aussi rare que dans les opérations courantes ce qu'on pourrait expliquer par la fragilité de ces malades dont le moindre fait anormal suffit à détruire l'équilibre organique.

La voie suivie a-t-elle une importance ?

Probablement puisque dans presque tous les cas relatés, l'opération avait été menée par la voie abdominale transpéritonéale.

Sur ces 38 morts.

10 fois pénétration abdominale.

4 fois lombaire.

Dans le restant des cas, la voie n'est pas mentionnée.

La mortalité par voie transpéritonéale est donc un peu plus élevée mais ce n'est peut-être qu'une coïncidence car dans 1 ou 2 cas seulement on peut incriminer comme cause de la mort l'infection péritonéale ou des lésions des organes abdominaux ; presque toujours la mort est la conséquence de la suppression totale du parenchyme

rénal, l'ablation d'un rein donnant un coup de fouet fatal à l'affection du rein opposé, par le travail supplémentaire excessif qu'elle l'oblige à exécuter.

La mortalité opératoire dans le rein polykystique, est de ce fait beaucoup plus considérable que dans les autres affections.

Voilà un premier point établi, 30 p. % des malades succombent, le résultat obtenu avec les 70 autres suffit-il à légitimer une telle opération ?

Malheureusement ici les renseignements manquent et déjà en 1911, M. Brin se plaignait de la négligence des chirurgiens à cet égard.

Voici les quelques notions que nous possédons :

Survie.

2 mois	1 cas
3 mois	2 cas
5 mois	3 cas
7 mois	1 cas
8 mois	2 cas
9 mois	1 cas
10 mois	1 cas
1 an	1 cas
18 mois	2 cas
21 mois	1 cas
2 ans	4 cas
2 ans et demi.....	1 cas
3 ans et demi.....	7 cas
5 ans et demi.....	2 cas

7 ans et demi.....	2 cas
10 ans et demi.....	1 cas

Ces dates indiquent l'époque à laquelle le malade a été revu, mais beaucoup ont pu vivre plus longtemps sans qu'on les ait suivis (Brin loc citato).

Cela fait en tout 32 malades qui ont été suivis avec soin et qui vivaient encore quelques temps après l'opération ; on cite même deux ou trois survies assez longues 5, 10 et 15 ans, les malades se trouvant assez bien portantes pour accoucher (cas de Morrisson).

Le reste est étiqueté guérison sans autres détails mais ce terme signifie simplement guérison opératoire et dans nombre de cas on voit les symptômes pour lesquels on était intervenu réapparaître du côté opposé, quand on a la chance de ne pas assister à l'installation de l'anurie.

Le cas de Tendler est assez intéressant à cet égard puisque après néphrectomie on fut obligé de décapsuler le rein opposé qui donnait lieu à son tour aux symptômes qui avaient nécessité la première intervention.

32 guérisons, 38 morts, 56 cas incertains, tel est le bilan de la néphrectomie. A-t-on encore après cela, le droit d'utiliser une telle intervention ? Nous ne le pensons pas ; en vain nous objectera-t-on que les malades sont voués à la mort et que par conséquent il vaut mieux essayer de les guérir d'une façon radicale, doit-on avoir par ce moyen 30 chances sur cent d'abréger leur vie.

Nous répondrons : rien n'indique que le malade atteint de rein polykystique simple soit en danger de mort ; on a vu de ces malades vivre des années, 20, 40 ans avec des

reins extrêmement réduits parfois même à de simples bandes de parenchyme sain, et d'ailleurs le seul danger qui les guette, c'est l'urémie; or l'opération ne peut qu'en précipiter l'apparition en diminuant encore le champ de l'uropoièse, par l'ablation d'un organe qui contient presque toujours une zone, si petite soit-elle, de parenchyme sain.

Dans notre historique, nous avons constaté que presque tous les chirurgiens étaient d'accord avec nous sur ce point. Comment donc peut-on justifier tant de néphrectomies ?

Disons tout de suite que la plupart du temps cette intervention fut le résultat d'une erreur de diagnostic. Dans plus de 250 observations que nous avons lues, nous n'avons pas remarqué plus de dix-huit diagnostics exacts, et encore le chirurgien ne pose-t-il qu'avec doute le diagnostic de rein polykystique ; dans une cinquantaine de cas on pense à une affection rénale, et pour les deux cents et quelques autres cas le diagnostic était ou imprécis ou inexact.

On songe à une tumeur abdominale ou rénale ; on en décide l'ablation, on ouvre l'abdomen ou la région lombaire suivant les cas, et on se trouve en présence d'un rein polykystique.

Un petit nombre de chirurgiens, sachant la bilatéralité de l'affection referme la plaie, mais un bien plus grand nombre ne voulant pas être intervenus en vain, se contentent de palper rapidement le rein opposé pour voir s'il ne présente pas de signe d'atteinte et se hâte d'enlever le

rein malade, nourrissant l'espoir de voir la maladie s'arrêter dans son évolution et le malade guérir. C'est là une espérance qu'il faut entièrement abandonner car même dans les cas où on parle de guérison, le rein opposé est toujours pris, quelque légère que soit son atteinte, il est toujours augmenté de volume et on peut penser que le malade aurait vécu encore mieux avec deux reins qu'avec un seul.

D'autres chirurgiens interviennent pour des symptômes nettement définis; le plus souvent c'est pour des douleurs intolérables et ils sont en quelque sorte excusables mais nous avons une observation personnelle que nous citons plus loin, dans laquelle on voit les douleurs réapparaître de l'autre côté. Or ce malade souffrait depuis déjà longtemps et à trois reprises le Pr Albarran avait calmé subitement ces douleurs par une néphrectomie.

On est en droit de se demander si la néphrectomie faite du côté opposé n'aurait point amendé les douleurs actuelles que le malade est obligé de supporter, sans qu'on puisse lui porter remède à cause de l'absence d'un de ses reins.

Dans ces cas il nous semble donc utile de substituer à la néphrectomie une opération conservatrice, néphrotomie ou autre.

D'autres chirurgiens ont osé intervenir pour des signes de néphrite, et il est évident que la néphrectomie ne peut rien sur ces phénomènes. D'autres enfin pour des hématuries et nous verrons que plusieurs fois la néphrotomie tentée dans ce cas a été suivie d'une néphrectomie. En ces circonstances, nécessité a force de loi et on ne peut

rien reprocher à ceux qui ont employé la néphrectomie mais nous dirons notre opinion à ce sujet à propos de la néphrotomie.

Des raisons anatomo-pathologiques, pathogéniques et cliniques s'opposent donc à l'ablation d'un rein dans la maladie kystique simple non compliquée et nous obligent ainsi à prononcer la condamnation de la néphrectomie.

Doit-il en être de même dans le rein polykystique compliqué ?

Quand nous avons énuméré les observations de néphrectomie, nous avons été frappé de la mortalité peu élevée des opérations sur les reins polykystiques suppurés, lithiasiques ou hydronéphrotiques.

Nous en avons donné suivant Brin une première explication ; une deuxième probable c'est que dans ce cas le diagnostic était plus près de la vérité et qu'un examen attentif des fonctions rénales avait été pratiqué de sorte qu'on n'a pas enlevé un rein sans être sûr du bon fonctionnement de son adelphe.

D'ailleurs dans tous ces cas, la vie du malade était en danger, l'extirpation du foyer suppuré, s'imposait. Il fallait agir et l'on se trouvait en présence seulement de deux interventions: la néphrectomie et la néphrotomie dont la mortalité opératoire était aussi chargée. Trouvant le rein opposé en excellent état fonctionnel les opérateurs ont employé la méthode radicale ; nous ne pouvons que les approuver.

De même dans les cas de Barling (4), Rochet (113), de Grœnde (36), les douleurs ressenties par les malades exi-

geaient une prompte solution, il était difficile de fixer ces reins hydronéphrotiques, la néphrotomie tentée dans un cas n'avait abouti qu'à la formation d'une fistule, on ne pouvait avoir recours qu'à la néphrectomie.

Restent les reins calculeux. Certains ne demandent pas un autre traitement que les reins polykystiques non compliqués, comme le prouvent les observations de Stone (129), et Farr (40). Pour les autres cas on n'a le choix comme pour l'hydronéphrose ou la suppuration, qu'entre la néphrectomie ou la néphrotomie. Celle-ci ayant une mortalité aussi élevée et ayant donné de mauvais résultats dans ces cas, on ne peut utiliser que la néphrectomie.

De cette étude il résulte donc que la néphrectomie est une opération particulièrement grave dans la dégénérescence kystique du rein, qu'elle ne doit être employée que si on constate, par le cathétérisme des uretères et l'examen des urines de chaque rein, l'insuffisance fonctionnelle absolue du rein à enlever, mais en revanche le fonctionnement parfait du rein présumé sain.

On devra par conséquent s'en servir exclusivement dans le cas où une complication est venue activer dans un rein le processus néphritique et kystique, supprimant complètement le tissu glandulaire :

Suppuration des kystes ;
Calculs rénaux ;
Hydronéphrose,

et encore le rein opposé devra-t-il être en bon état. Sinon la néphrotomie est la seule opération possible.

NÉPHRECTOMIES

Pour Rein polykystique simple

In Thorn. — *Inaugural dissertation 1882. — Borm.*

Observation I

Néphrectomie transpéritonéale. — Guérison

Homme de 45 ans, depuis 8 ans violentes douleurs dans la région rénale droite qui forcent le malade à rester quatre à huit semaines au lit. Les douleurs surviennent par coliques.

L'urine renferme du sang et des caillots.

Pendant les crises quantité d'urine augmentée.

Opération. — Néphrectomie.

Après cinq ans le malade est bien portant.

Le rein droit est en dégénérescence kystique.

In on Bergmann. — *Berliner Klinis Wochenschrift. .. Bd 22 1885 s. 741*

Observation II

Néphrectomie transpéritonéale. — Mort.

Femme de 28 ans qui nous était adressée de la clinique gynécologique. Tumeur dans l'abdomen qu'elle avait remarquée depuis dix ans sans en avoir jamais souffert ; mais depuis son dernier accouchement il y a un an, a remarqué un brusque accroissement de volume de cette tumeur qui devient sensible. Elle se plaignait de perte d'appétit de nausées fréquentes et de douleurs qui de l'hyppochondre gauche où siégeait la tumeur, irradiaient dans l'abdomen le dos et la jambe gauche, amaigrissement marqué dans les derniers temps.

Examen. — Femme pâle élancée fortement amaigrie. Asymétrie de l'abdomen très nette. Ventre gonflé dans sa partie supérieure, à travers la paroi relâchée on sent une tumeur dure, du volume d'une tête d'enfant, très mobile se laissant refouler en arrière si loin qu'on la sent sur le bord du grand dorsal entre la dernière côte et la crête iliaque et qu'on peut la prendre entre les mains ; à sa surface on sent à côté les unes des autres des petites et des grosses bosselures.

A la partie antérieure et médiane apparaît une deuxième tumeur détachée de la masse principale, également bosselée. Urine claire, quantité normale contenant des traces d'albumine.

Diagnostic. — Rein déplacé devenu cancéreux depuis la dernière couche.

Opération. — Aussitôt après l'ouverture du péritoine, sur le côté du muscle droit se présenta une tumeur bleuâtre recouverte encore par un feuillet péritonéal. Il fut facile de fendre l'enveloppe que lui formait le mésocolon descendant et de le séparer des parties ambiantes. A mesure que cet isolement avançait, il devenait de plus en plus évident que nous avions affaire à un rein kystique en grappe et du volume indiqué plus haut. Son pédicule contenait l'artère et les vaisseaux rénaux qui purent sans difficulté être séparés et liés.

En fait il s'agissait d'un rein parsemé à sa surface de nombreux kystes ; des gros kystes formaient des poches remplies d'un contenu clair comme de l'eau c'étaient eux qui donnaient à l'organe grossi de trois fois son volume, l'aspect bosselé de sa surface.

La substance propre des reins était détruite en très grande partie, le bassinet et l'uretère étaient libres et perméables.

La plaie fut pansée comme à l'ordinaire. La malade fut d'abord très déprimée. Pouls très petit. Vers le soir elle se remit et dormit bien, après une injection de morphine, la première partie de la nuit.

Alors survinrent des étouffements et des vomissements sans relâche. Les jours suivants, pouls fréquent et petit.

Pas d'urine dans la vessie. Extrémités froides.

Le matin du troisième jour, météorisme intense et arrêt du pouls. Mort dans l'après-midi, température, étant encore à 38°4.

L'autopsie révèle qu'il s'agissait d'une double dégénérescence kystique.

MASSKE, IN ARENDT. — *Thèse Greiswald 1887.*

OBSERVATION III

Néphrectomie transpéritonéale. — Guérison

Malade née en 1863.

En 1883, rétinite et peu de temps après perte d'appétit, perte des forces. Selles irrégulières et rares. Règles anormales. La malade accuse en outre une sensation de pression dans l'abdomen, du côté droit. Un docteur appelé diagnostique une tumeur sans plus de précision. En 1885-86, pendant l'hiver aggravation des douleurs. Tumeur atteint un tel volume que l'ablation s'impose.

Mais l'état de la malade retarde l'opération.

Après un nouvel examen, pas de diagnostic plus précis.

Seul fait indiscutable ; tumeur grosse comme une tête d'enfant saillant plus à droite.

Diagnostic. — Hésitant entre un foie mobile ou kyste hydatique du foie.

Une ponction exploratrice donne d'abord des résultats précis. Liquide albumineux contenant une grande quantité de cylindres.

Le médecin traitant avait pensé depuis longtemps à une tumeur du rein sans pouvoir affirmer ce diagnostic par des signes probant du côté des voies urinaires. Le doc-

teur Maske pose le diagnostic suivant: Tumeur grosse comme une tête d'enfant, lisse, mobile, siégeant à droite dans l'abdomen et appartenant au rein droit ; il serait possible qu'il y ait aussi une tumeur à gauche.

On décide de faire une laparotomie exploratrice.

Le 15 avril 1886, suivant la technique habituelle avec les plus rigoureuses précautions antiseptiques, on ouvre la paroi abdominale et sous les anses intestinales, apparaît une tumeur facilement attirable au dehors, par agrandissement de l'incision, mais difficile à détacher des organes voisins.

Le rein gauche présentait également une dégénérescence kystique.

Devant cette lésion bi-latérale le docteur Maske se décide pour l'abstention ; mais il fut impossible de rentrer la tumeur droite en raison des adhérences contractées avec les organes voisins et des obstacles apportés par les anses intestinales. Une ponction tentée pour diminuer la tumeur, ne donne aucun résultat. La situation était d'autant plus critique que la malade menaçait d'asphyxier et qu'une rupture de la tumeur était aussi à craindre. Dans ces conditions on fait une néphrectomie, difficile de par les adhérences au foie et au diaphragme; cependant grâce à la longueur du pédicule on extirpa la tumeur. Les vaisseaux furent liés les intestins remis en place. Le péritoine et la paroi abdominale suturés.

L'opération dura 1 h. 3/4 à cause de la faiblesse de la malade telle qu'on dut suspendre plusieurs fois la chloroformisation.

Le lendemain la malade était très agitée, mais à la suite d'une forte réprimande elle se calma.

Pas de température. Pouls calme. Respiration tranquille et régulière.

Le jour de l'opération petite quantité d'urine phéniquée.

Le lendemain 1254 c.c. urine de constitution normale.

Le 14e jour plus d'albumine. 8 jours après changement du

pansement, aucun trouble, on enlève tous les fils. Aucune douleur abdominale même par une pression assez forte.

Le 12 mai 1886, 1 mois après l'opération la malade s'en va complètement guérie.

Vue au bout de neuf mois, la malade n'est pas très satisfaite de son état général ; car elle a remarqué une tumeur dans son côté gauche, se plaint de constipation fréquente et par suite de manque d'appétit, d'un peu de faiblesse bien qu'elle patinat tous les jours.

Examen. — Un peu pâle. Sécrétion urinaire régulière. Menstruation normale.

Au niveau de la plaie légère éventration.

Examen de l'abdomen : côté gauche légèrement bombé. La tumeur semble lisse (alors qu'elle était bosselée lors de l'opération) et mobile.

Le médecin traitant n'a rien trouvé dans l'urine. Pas le moindre degré d'anémie.

Revue 2 mois après. Etat tout à fait satisfaïsant.

In Roswell Park. — *Thèse Siéber Leipzig 1905.*

Observation IV

Néphrectomie lombaire. — Guérison.

Femme, 23 ans.
Diagnostic, kyste du rein.
Opération. Néphrectomie lombaire
Résultat. Guérison.

In thiriar. — *Thèse Siéber Leipzig 1905-1888.*

Observation V

Néphrectomie lombaire. — Guérison.

Femme 42 ans ayant eu neuf ans auparavant une péritonite. Tumeur bosselée très mobile.

Abcès périnéphrétique consécutif à une ponction. Ouverture de cet abcès dans l'estomac ; évacuation de pus par vomissements.

Diagnostique. — Kyste du rein puis dégénérescence kystique double.

Opération. — Néphrectomie lombaire droite.

Résultat. — Guérison malgré un shok grave.

In Riegner. — *Deutsche medical Wochenschrift 14 1888 s. 46*

Observation VI

Néphrectomie lombaire. — Guérison

Femme de 30 ans. Bien portante jusqu'à un accouchement il y a 12 ans. Depuis lors se plaint de tiraillements douloureux dans les lombes et le bas ventre. Après une chute survenue il y a sept ans, les douleurs lombaires s'accentuent à gauche en s'irradiant dans le côté et la jambe gauche ; en même temps troubles digestifs (digestions douloureuses), manque d'appétit, vomissements, constipation.) La malade est grande et forte, mais les téguments sont pâles, pas de signe cardiaque. Abdomen souple, assez sensible dans la région épigastrique.

Dans l'hypocondre gauche, on sent à travers les téguments une tumeur facile à palper, de consistance dure et dont la surface semble lisse. Elle est mobilisable, peu sensible, recouverte par l'intestin. La malade n'avait pas remarqué sa tumeur ; on ne sent rien du côté du rein droit.

Urines : 1.500 à 2.000 cc. *pro die.* 2 fois en 4 semaines : 3.000 cc. Poids spécifique 1007 à 1020. Réaction neutre ou acide. Couleur jaune paille un peu trouble. Ni sang, ni albumine

Dans le sédiment : cellules épithéliales, nombreux corpuscule de pus, peu d'hématies.

Diagnostic. — Rein flottant augmenté de volume.

Opération. — Néphrectomie gauche lombaire.

Suites. — Guérison. Quantité d'urine émise reste la même après l'opération, la guérison se maintient 3 ans après. Aucun phénomène morbide à droite.

Anat. patt. — Dégénérescence kystique du rein gauche.

In Clarck. — *Glasgow médical Jornal XXXI, 3, 1889.*

Observation VII

Néphrectomie transpéritonéale. — Mort

Femme âgée de 38 ans. Anémie. On trouve une tumeur du rein droit bosselée, non fluctuente.

Dans les urines petite quantité albumine. Pus, cylindres granuleux.

Diagnostic. — Sarcome du rein à forme kystique.

Opération. — Néphrectomie abdominale droite.

Résultat. — Mort 52 heures après l'opération en anurie complète.

Autopsie. — 2 reins polykystiques.

In Page. — *British Med Jornal 1889 p. 1053.*

Observation VIII

Néphrectomie lombaire. — Mort

Femme 21 ans : il y a dix ans chute sur le côté droit : à cette époque on sent à droite une tumeur de la grosseur d'une orange. Pendant 3 années consécutives, l'altération de la santé de la malade s'accentue et il lui est impossible de travailler. Crises fréquentes de céphalée, de vomissements ; la tumeur a augmenté de volume dans les derniers temps.

A l'examen : ventre ballonné : à droite tumeur s'étendant

du rebord cortal au bassin, indolore à la pression. Matité de la région. Une première ponction donne une petite quantité de liquide incolore. Une deuxième et une troisième donnent un liquide jaune paille, inodore, faiblement acide avec traces d'albumine.

Densité urinaire 1015 à 1018.

Opération.— D'abord incision lombaire et drainage.11 jours après néphrectomie. Mort 8 jours après l'opération d'urémie.

Anat. path. — Rein enlevé en dégénérescence kystique.

In Monod. — *1889.* — *Thèse de Siéber 1905. Leipzig.*

Observation IX

Néphrectomie lombaire. — Guérison.

Femme de 40 ans. Deux ans avant l'opération, deux trachéotomies pour œdème de la glotte. Depuis deux ans tumeur de la région lombaire gauche augmentant progressivement de volume. Il y a un an on constate dans l'urine du sang et du sable. Dans les derniers temps, la tumeur est devenue douloureuse avec irradiation dans le bas ventre.

Opération. — Néphrectomie lombaire gauche.

Suites. — Guérison persistante, 6 ans après.

Anat. Path. — Rein gauche en dégénérescence kystique.

In Monod 1890. — *Thèse de Siéber 1905 Leipzig.*

Observation X

Néphrectomie lombaire. — Guérison

Homme 30 ans.

Kyste du rein.

Néphrectomie lombaire.

Guérison.

In Schmidt. — *Thèse Sieber Leipzig 1905.*

Observation XI

Néphrectomie lombaire. — Guérison

Femme 27 ans, douleurs lombaires
Diagnostic. — Kyste du rein.
Opération. — Nephrectomie lombaire.
Guérison.

In Bloch. — *1891. Albarran et Imbert*

Observation XII

Néphrectomie lombaire. — Guérison

Femme 30 ans. Tumeur.
Diagnostic : kyste du rein.

In Daubois. — *Bulletin Soc Acad. Roy Belgique 1891, page 533*

Observation XIII

Néphrectomie transpéritonéale. — Mort

Mlle S... âgée de 48 ans, toujours excellente santé.

Début maladie actuelle en 1889 par une hématurie persistant tout un mois et se reproduisant à intervalles irréguliers. Au mois d'octobre 1890, elle s'établit d'une manière définitive en même temps qu'une tumeur apparaît dans la région lombaire et le flanc gauche. Tumeur oblongue bosselée facile à limiter.

Rien à la palpation du côté droit. Urines très abondantes présentant l'aspect du sang veineux. Intégrité absolue des autres organes et de la santé générale.

Diagnostic. — Cysto sarcome

Opération. — Le 11 février 1891.

Incision sur le prolongement de la ligne axillaire antérieure depuis les fausses côtes jusqu'à l'arcade crurale. Le ventre ouvert, la tumeur apparaît en grande partie masquée par le colon descendant.

Incision du feuillet pariétal postérieur du péritoine en dehors du colon sur toute la hauteur de la tumeur et décortication de celle-ci. Isolement de la tumeur sur laquelle est étalé le colon descendant qui lui est intimement adhérent.

Diagnostic de rein polykystique.

A cause de la minceur des parois des kystes qui hérissent la surface de la tumeur, la décortication demande un certain temps et ne se fait pas sans difficulté, mais elle est accompagnée que d'une perte de sang insignifiante. Ligature du pédicule et ablation de la tumeur.

On referme la plaie, on suture les parois. Pansement compressif. Pendant les deux premiers jours qui suivirent, l'état de l'opérée ne laissa rien à désirer. Aucun signe de Shock pas de douleurs ni de vomissements.

Température 37 ou 38.

Urines. — Première miction seule un peu sanglante, mais dans la suite plus de signes anormaux. Urines normales en qualité et en quantité. Mictions régulières et spontanées. Le 3e jour douleurs abdominales vives sous forme coliques, selles glaireuses accompagnées d'éprénites.

On diagnostique une colite provoquée par un foyer infectieux voisin. L'administration d'huile de ricin provoque des selles naturelles et les signes d'inflammation paraissent se dissiper. Appétit excellent, digestion parfaite ; mais bientôt il survient des selles sanglantes, ayant l'aspect d'un mastic noirâtres.

La gangrène du colon, paraît à craindre. La température commence à s'élever de 38° 11 dixième le matin à 39 le soir. Pouls, 100. Ventre météorisé mais absolument insensible à la pression sauf au niveau du colon descendant où la douleur est très vive.

Le sang reparut à plusieurs reprises dans les selles et l'écoulement de matières glaireuses par l'anus fut pendant quelques jours à peu près continu.

Néanmoins l'état général de l'opérée restait satisfaisant ; à aucun moment il n'y eut de signes de péritonite. La réunion de la plaie des parois abdominales se fit dans les meilleures conditions. Vers le 10e jour les lèvres de la plaie complètement réunies déjà se séparèrent dans une petite étendue à la partie inférieure et il s'établit sur ce point une forte fistule laissant écouler un liquide séreux.

Je pratique quelques débridements croyant qu'une collection purulente partie du foyer traumatique, cherchait issue de ce côté ; mais telle n'était pas la cause de la formation de la fistule ; c'était le colon descendant, démesurément gonflé, adhérent, qui avait produit l'écartement des lèvres de la plaie.

Une grande partie de celle-ci finit ainsi par se rouvrir mettant à nu le foyer traumatique qui fut tamponné à la gaze iodoformée.

Aucune tendance à la cicatrisation, au contraire le gros intestin devenait de plus en plus saillant comme faisant hernie au dehors. Sa perforation devint imminente, le 18 mars c'est-à-dire plus de 5 semaines après l'opération les pièces ou pansement furent souillées de matières fécales.

Malgré toutes les précautions prises il fut impossible d'empêcher les matières fécales, qui s'écoulaient presque constamment, de pénétrer dans le foyer traumatique. A dater de ce moment l'état de l'opérée empira graduellement : inappétence, régurgitations, vomissements somnolence, fièvre élevée, pouls très fréquent.

Des signes d'hypostase pulmonaire apparurent et la mort survint le 6 avril occasionnée par l'empoisonnement septique.

In Pozzi. — *Thèse Siéber Leipzig 1905.*

Observation XIV

Néphrectomie lombaire. — Guérison

Femme 45 ans. Tumeur abdominale. Néphrectomie. Guérison persistant sept ans après.

In Ryersson Fowler. — *Rapport Prin 1891 Proc. Verb. Congrès Urologie 1911 page 150*

Observation XV

Néphrectomie lombaire. — Mort

Femme 30 ans, tumeur moitié gauche abdomen, dyspepsie, albumine. Incision exploratrice puis néphrectomie pour adhérences.

Urémie : 3 onces d'urines en 24 heures.

Morte au 5e jour.

In Terrillon. — *1891 Brin.*

Observation XVI

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 55 ans, douleurs à droite. Tumeur rénale bosselée et douloureuse

In Rendal Franks *1891.* — *Brin, Urologie.*

Observation XVII

Néphrectomie transpéritonéales. — Guérison.

Femme 25 ans. Tumeur rénale. Rein droit paraît sain.

In Niemeyer. — *Thèse Jena 1892.*

Observation XVIII

Néphrectomie lombaire. — Mort.

Femme de 25 ans. *Premiers symptômes* : envies impérieuses d'uriner et mictions douloureuses il y a trois mois, subitement après un refroidissement. Personne corpulente épileptique. Pollakiurie persistante qui s'améliore toutefois progressivement, quatre semaines plus tard ; subitement incontinence d'urine. Après, de nouveau, amélioration.

Plusieurs semaines après ; incontinence et douleurs du rein gauche ; urine très purulente, coule perpétuellement. Léger emphysème pulmonaire.

Amaigrissement progressif tel qu'on sent actuellement dans la région lombaire gauche, une tumeur de grosseur moyenne. A droite aussi on a la sensation d'une résistance exagérée, et c'est le seul signe. Le rein droit seul est considéré comme malade. Les urines contiennent un peu de pus et d'albumine.

Opération. — Néphrectomie gauche lombaire.

Mort 54 heures après l'intervention d'anurie et d'urémie.

Autopsie. — Deux reins en dégénérescence kystique ; le gauche suppuré en partie, le droit plus petit que le gauche. Tuberculose des uretères et de la vessie. Autres organes normaux.

In Graves. — *Philadelphie Med. News LXL 13 1892.*

Observation XIX

Néphrectomie abdominale. — Guérison

Femme 29 ans. Dégénérescence kystique du rein gauche ayant déterminé des douleurs.

In Stiller. — *Berliner Klin. Wochenschrift, 29 1892*

Observation XX

Néphrectomie. — Mort.

Femme de 34 ans. Accouchement il y a 11 ans; depuis trois ans tumeur dans la partie inférieure droite de l'abdomen, qui augmente progressivement de volume ; depuis 4 ans, hémorrhoïdes et hémorrhagies du rectum.

Etat il y a 3 ans : région lombaire droite est plus voûtée que la gauche ; à droite et en bas, tumeur dure, pas tout a fait lisse, immobile à la percussion, son tantôt mat, tantôt sonore ; pas de rapport avec les organes génitaux. Faiblesse ; douleurs abdominales. Mictions fréquentes, constipation habituelle.

Depuis trois mois, douleurs plus intenses et plus persistantes, fièvre depuis cette époque semble-t-il.

Depuis six semaines la malade garde le lit.

Examen. — Femme pâle et amaigrie.

Dans la moitié droite du ventre, tumeur grosse presque comme la tête d'un adulte, difficile à délimiter du foie dépassant la ligne médiane ; immobile, résistante, dure, douloureuse, non fluctuente, légèrement bosselée. Douleur irradiant dans le ventre et la jambe droite.

Fièvre rémittente ou intermittente. Température 38 39.

Pollakiurie augmentée. Urines 800, 1000 à peu près. D. 1021 réactions. Réaction acide, jaune clair, un peu troubles. Albumine en quantité modérée. Sédiments au repos, composés surtout de cellules de pus, de grosses cellules épithéliales de la vessie et du vagin et de mucus amorphe. Poids spécifique 1015, réaction acide, contient un peu de pus, dans le sédiment, globules de pus, hématies, épithéliums des bassinets rénaux.

Diagnostic. — Kyste du rein ?

Opération. — Néphrectomie droite. La malade tombe dans le collapsus pendant l'opération et meurt bientôt après.

Rein droit en dégénérescence kystique partiellement suppuré.

EDMUNDS *1892.* — *In Brin Congrès Urologie.*

OBSERVATION XXI

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 18 ans, tumeur mobile ; diagnostic : rein mobile. Gros rein couvert de kystes clairs.

FARR 1892. — *Brin Congrès Urologie 1911.*

OBSERVATION XII

Néphrectomie. — Guérison

Femme 55 ans, douleurs et fièvre depuis 7 ans.

IN LINDEGGE. — *Thèse Strasbourg, 1911.*

OBSERVATION XXIII

Néphrectomie péritonéale. — Guérison.

Femme âgée de 43 ans. Pas d'antécédents.

Depuis quelque temps se plaint : céphalalgie, gonflement abdomen, signes se montrant surtout aux époques menstruelles.

Au mois de mai 1893, la céphalalgie et le gonflement de l'abdomen s'exagèrent ; apparaissent de violentes douleurs dans l'hypochondre gauche, irradiant vers abdomen et cuisse gauche.

Amaigrissement, perte d'appétit, difficulté des garde-robes.

Fortuitement un jour à cause d'un gonflement, la malade en se palpant ressentit dans le côté gauche du ventre une dureté anormale qui la décide à rentrer le 24 mai dans la clinique du Dr Landau.

Examen.— Dans l'hypochondre gauche entre ligne médiane et ligne mamillaire gauche une tumeur plus grosse que le poing à surface bosselée et de consistance ferme ; elle est plus longue que large et n'offre à aucun endroit de fluctuation manifeste.

A la percussion pas de matité plutôt un son tympanique.

Dans hypochondre droit, rein droit un peu descendu..

Diagnostic. — Kyste hydatique. Ponction d'épreuve, liquide clair albumineux.

Diagnostic. — D'après liquide albumineux et bosselures de la tumeur : Rein polykystique.

Puis, les douleurs devenant de plus en plus vives, on décide opération.

Opération. — Pendant qu'un assistant poussait la tumeur d'arrière en avant,et que celle-ci était prise par la main gauche de l'opérateur incision 12 à 13 c. le long de la ligne mamillaire, au dessous des côtés. Par l'ouverture sortent des anses intestinales au dessous desquelles on trouve la tumeur fortement adhérente.

Une deuxième incision est nécessaire pour la libérer.

On rompt les adhérences, on énuclée la tumeur de la capsule adipeuse.

On l'attire au dehors. Ligature du pédicule.

Puis Laudan attire au dehors les tuniques adipeuses et plieuses, les réséque et les suture circulairement en forme de tulipe autour de la plaie.

La plaie est drainée par une lanière de gaze iodoformée et couverte d'ouate stérilisée, le tout retenu en place par un pansement adhésif.

Anesthésie à l'éther normal. Perte de sang minime, opération durée 40 minutes ; malade en excellent état.

Trente-cinq minutes après opération syncope.

Dans les 24 heures suivantes, 500 cc. d'urine furent émis. Plus de douleurs.

Au 4e jour l'urine s'évacue spontanément, la quantité atteint 1.000 cc.

Puis varie entre 1.500 et 2.050 cc.

Densité 1.000 à 1.017.

Trois semaines après l'opération elle se leva pour la première fois et un mois après elle quittait la clinique complètement guérie.

Plus de douleurs.

Miction et urine normales.

Revue trois ans après opération, malade toujours bien portante.

Excellent appétit.

Plus de douleurs.

Urine 13 à 1500 cc.

In Cahen. — *Centralblatt für Gynäkologie. 18 1894 5364*

Observation XXIV

Néphrectomie. — Mort.

Homme de 58 ans. Il y a 20 ans, rupture urètre ; depuis 2 mois urines troubles, perte de forces. Le malade est grand et fort.

Le rebord costal gauche est soulevé par une tumeur qui le dépasse de 3 travers de doigt. La tumeur est nettement palpable, élastique, mobile avec la respiration et changement de position. Colon en avant et en dedans. Température vespérale 38-39.

Urines : 1000 1.500 cc. par jour, légèrement acides, troubles, contiennent des hématies et des globules blancs.

Diagnostic. — Pyonéphrose.

Opération. — Néphrectomie gauche. Décès 21 heures après intervention par asystolie en pleine lucidité.

Précédemment évacuation spontanée d'urine purulente.

Autopsie. — Rein gauche en dégénérescence kystique, quelques kystes suppurés. Dans le rein droit, kystes isolés du volume d'une cerise ; le bassinet est dilaté ; dans la portion verticale du bassinet, calcul long de 3 cm. La rate est indurée et hypertrophiée. Atrophie du cœur.

In Thornton. — *The Laneet 1895* I.

Observation XXV

Néphrectomie lombaire. — Mori.

Femme 43 ans. Depuis 10 ans, tumeur dans l'abdomen. La vessie est sensible, la malade est obligée d'uriner plusieurs fois dans la nuit.

Dans le flanc droit, tumeur avec fluctuation peu nette. Le rein gauche semble augmenté de volume. Urines : 2000 c. c. par jour. D. 1009. Réaction faiblement acide. Albuminurie. Plusieurs hématies.

Diagnostic. — Sarcome du rein droit avec hypertrophie compensatrice du rein gauche.

Opération. — Néphrectomie transpéritonéale. Décès cinq jours après l'intervention par occlusion intestinale et gangrène du cœcum.

Les deux reins étaient en dégénérescence kystique.

Thorton. — *In the Lancet 1895 I.*

Observation XXVI

Néphrectomie lombaire. — Guérison.

Femme de 38 ans. Premier signe : crise douloureuse subite il y a 2 ans dans la région lombaire gauche. Depuis toujours leur plus ou moins vive.

Rein gauche sensible à la pression. Pas d'autres troubles. Urines, traces d'albumine, nombreuses cellules épithéliales du rein.

Diagnostic. — Lithiase rénale.

Opération. — Néphrectomie gauche, guérison. Six mois plus tard apparaissent des douleurs du côté gauche, pus dans l'urine. On sent l'uretère gonflé, dur, certainement suppuré.

Le rein gauche était en dégénérescence kystique ; le rein droit un peu augmenté de volume mais apparemment sain.

In Scudder. — *Amer. Jorn. of the med. 1895* II p. 746

Observation XXVII

Néphrectomie abdominale. — Guérison.

Femme de 22 ans. Il y a 3 ans douleurs abdominales, tuméfaction de la région lombaire ; dans la région douloureuse on sent un rein flottant.

Tumeur tendue, élastique, facilement mobile par la respiration sensible à la pression. Enceinte de trois mois au moment de l'opération.

La tumeur de la région lombaire gauche a augmenté de volume : grosse comme trois poings.

Fluctuation, matité dans la région de la tumeur.

La ponction a ramené du liquide contenant des pigments biliaires. Pas de douleurs si ce n'est une sensation de pesanteur.

Urines : il y a trois ans D. 1022, réaction acide, albumineuses ; sédiment abondant composé surtout d'épithélium, quelques cylindres hyalins et granuleux.

Peu avant l'opération, D. 1019, réaction acide, léger trouble, pas d'albumine ; le sédiment abondant contient assez de petites cellules rondes, quelques grandes cellules ciliées et du phosphate de calcium.

Diagnostic. — Il y a 3 ans rein flottant puis kyste du rein.

Opération. — Nephrectomie gauche transpéritonéale.

Guérison. Enfant vivant, à terme. L'urine après l'intervention, contient des traces d'albumine, du sucre et des bacilles tuberculeux (?).

Trois ans après l'opération, malade encore vivante, urines, 900 cc. [3], réaction acide, coloration normale, traces d'albumine. Dans l'intervalle la malade a accouché deux fois.

Rein gauche en dégénérescence kystique. Rein droit trouvé normal pendant l'opération.

In Vitrac. — *Bulletin société Anat. de Bordeaux. 1896*

Observation XXVIII

Nephrectomie. — Guérison

Femme âgée de 40 ans, entrée dans le service du Pr Lannelongue avec tous les signes d'une ectopie rénale double. Les débuts des acidents présentés par la malade paraissent remonter à six ans environ, suivant de près un accouchement laborieux. Le rein gauche, cependant, était peu déplacé, bien réductible, pas augmenté de volume ; le rein droit au contraire était gros comme deux poings d'adulte, allant jusqu'à la ligne médiane et plus bas que l'ombilic imparfaitement réductible, à cause de son volume sans doute, dans la fossette rénale. On sentait à sa surface, des bosselures irrégulières qui étaient parfois moins accusées, parfois au contraire plus saillantes. Dans ce dernier cas la tumeur en entier augmentait de volume, elle paraissait plus dure, d'une exploration plus facile et moins réductible. Cet accroissement coïncidait avec la diminution de la quantité habituelle des urines. Le taux ordinaire d'émission descendait de 2.000 grammes à 1.300 environ. Une crise polyurique survenant, tout rentrait dans l'ordre.

Urée 14 gr. par litre. Albumine 1 gr. On conclut à l'existence d'une hydronéphrose coïncidant avec l'ectopie rénale et dûs à la rétention qui accompagne si souvent la courbure de l'uretère dans ces cas.

La néphropexie fut décidée pour le 28 novembre.

Incision lombaire, au lieu d'élection. Grandes difficultés pour séparer le rein de sa capsule. La surface extérieure du rein était couverte de kystes de volume variable ; les bosselures n'étaient point dûes à l'hydronéphrose. Pour reconnaître l'état de la glande, on dut agrandir l'incision en la coudant vers la paroi abdominale en avant ; le rein ainsi hernié fut reconnu atteint de dégénérescence kystique dans sa totalité.

M. Lannelongue se décide à en pratiquer l'extirpation à cause des diffcultés qu'on aurait à réduire puis à fixer la glande ; mais surtout à cause de l'hydronéphrose manifeste, destinée sans doute à augmenter encore et à annihiler finalement les fonctions de la glande.

Les suites opératoires (8e jour) sont excellentes : urines 1200 à 1600 grammes, augmentation de la proportion d'urée et diminution de l'albumine. La suppléance des fonctions est assurée par le rein gauche.

A l'examen macroscopique et microscopique on vérifie les diagnostics de rein polykystique et d'hydronéphrose.

In Dalziel, 1896. — *Brin Congrès Urologie.*

Observation XXIX

Néphrectomie transpéritonéale. — Guérison.

Femme 20 ans. Tumeurs kystique multiloculaire de l'abdomen, occupant les 2/3 de cette cavité. Aucun autre symptôme clinique. Rein congénitalement déplacé vers la ligne médiane contenant 6 gros kystes.

In Hohne. — *Deutsche Medical Wochenschrift, 1896.*

Observation XXX

Néphrectomie. — Guérison.

Femme de 20 ans.

La mère de la malade morte d'un accident de chloroformisation pour extraction de dents avait une dégénérescence kystique des deux reins, diagnostiquée cliniquement et vérifiée par l'autopsie.

Avait eu un autre enfant mort à 3 semaines d'une maladie rénale.

La malade avait eu à 17 ans 2 ou 3 fois par semaine, de fortes hémorrhagies et douleurs abdominales.

A 19 ans ablation de l'ovaire gauche en dégénérescence kystique. Un an plus tard l'ovaire droit devient kystique à son tour. Pendant la cicatrisation de la plaie, douleur dans le flanc droit.

On sent dans ce flanc droit une tumeur grosse comme le poing et sensible à la pression. Téguments de coloration normale. Pas d'œdème. Douleurs persistantes. Température 38°,5 parfois.

Urines 1100 cc. par jour. D. 1010 traces d'albumine pas de cylindre.

Diagnostic. — Abcès du rein ou pararénal droit.

Néphrectomie droite.

Guérison. — Pas d'albumine dans les urines après l'intervention.

Le rein enlevé était en dégénérescence kystique ainsi que les 2 ovaires.

Tillmann. — *In thèse Siéber 1905, Leipzig.*

Observation XXXI

Néphrectomie transpéritonéale. — Mort.

Femme de 29 ans. Rein droit augmenté de volume. Seul symptôme.

Opération. — Néphrectomie droite pendant laquelle on constate que le rein gauche paraît sain.

Mort six semaines après l'opération ; dans les trois dernières semaines apparition des phénomènes urémiques.

Rein en dégénérescence polykystique.

Abcès du tronçon urétéral droit.

In Witte. — *Thèse Königsberg, 1896.*

Observation XXXII

Néphrectomie. — Guérison.

Femme de 50 ans, depuis 12 ans avait remarqué une tumeur.

Souffrances légères qui augmentèrent peu à peu.

Néphrectomie.

Guérison. — Urines normales.

Rein kystique unilatéral.

In Favell 1897. — *Thèse Siéber Leipzig 1905.*

Observation XXXIII

Néphrectomie transpéritonéale. — Guérison.

Femme de 42 ans. — Remarqué depuis un an tumeur dans le côté gauche. Seul symptôme.

Rein polykystique avec calcul.

In Forbes 1896. — *Brin loco citato.*

Observation XXXIV

Néphrectomie droite. — Mort.

Femme de 32 ans. — Gonflement du ventre. Urines acides. D : 1010. Pas d'albumine.

Néphrectomie droite. Mort en deux jours.
Autopsie. Rein gauche normal.

Observation XXXV

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 22 ans. Douleurs (coliques). Vomissements.
Urines : pas d'albumine.
Ventre distendu. Tympanisme.

In Tuffier. — *Brin Congrès. Urologie.*

Observation XXXVI

Néphrectomie lombaire. — Mort.

Homme mort en 48 heures d'hémorragie secondaire.
Autopsie. — Reins polykystiques.

In Obalinsski. — *Wiener med Wochenschrift.* — 47 1897 5.275.

Observation XXXVII.

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 40 ans. 1er symptôme: tumeur occasionnant des douleurs gastriques.

Actuellement tumeur du volume d'une tête d'enfant à surface lisse dans l'hypochondre gauche.

Urine normale.

Pas de diagnostic clinique certain.

Néphrectomie gauche transpéritonéale. Guérison persistante cinq mois plus tard.

Rein gauche en dégénérescence kystique.

Newmann 1897. — *Brin loco citato.*

Observation XXXVIII

Néphrectomie. — Guérison.

Femme. Douleurs, nausées, vomissements. Signes d'hydronéphrose intermittente.

In Myles. — *Edimb. Med. Jor. 1897.* — II

Observation XXXIX

Néphrectomie. — Guérison.

Femme de 28 ans.

Hist. — A 16 ans déplacement de l'utérus et hystérie.

Un an ½ plus tard après une course rapide douleurs vives en forme de crampes dans le côté droit ; quelques heures après vomissements. Crise dure 4 heures mais malade tellement éprouvée qu'elle s'alite pendant quelques jours. Depuis, douleurs et vomissements à intervalles différents. Entre les crises pas de douleurs.

Mais depuis six semaines elle ressent une douleur sourde continue, exaspérée par les efforts et la respiration, diminuée par le décubitus dorsal.

On sent un rein flottant très sensible à la pression.

Urines D = 1020. Réaction acide ; ni albumine ni pus.

Diagnostic : Rein flottant.

Incision lombaire exploratrice : rein kystique.

Néphrectomie lombaire.

Guérison : au début oligurie ; plus tard urines en quantité normale.

In Goodrich 1898. — *Brin Congrès Urologie.*

Observation XXXX

Néphrectomie. — Mort.

Homme. Aucun signe jusqu'à il y a quelques mois avant opération.

Néphrectomie.

2 jours après, oligurie.
Mort en 4 jours d'urémie.

In Naughton 1899. — *Brin Congrès Urologie 1911.*

Observation XXXXI

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 46 ans. — Douleurs dans le flanc droit. Vomissements, diarrhée, dyspnée ; quantité d'urine diminuée, pas albumine.
Température élevée.
Diagnostic. — Tumeur puis tuberculose rénale.

In Stone 1899. — *Brin loco citato.*

Observation XXXXII

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 41 ans. Tumeur dans l'hypochondre droit ; cylindres dans les urines.
Néphrectomie. Guérison. Rétablissement rapide.

In Kronlein. — *Deutsche med. Wochenschrift 1899.*

Observation XXXXIII

Néphrectomie abdominale. — Guérison.

Femme de 38 ans, enceinte de 3 mois. Tumeur abdominale énorme.
Diagnostic. — Tumeur du rein. Néphrectomie.
Guérison persistante depuis neuf mois. Rein polykystique très augmenté de volume.

In Tuffier 1899, Albarran et Imbert.

Observation XXXXIV

Néphrectomie abdominale. — Guérison.

Femme. Depuis 5 ans tumeur, seul signe.
Diagnostic : kiste du mésocolon.
Rein polykystique.

In Prochownick. — *Deutsche Med. Wochenschrift 1900.*

Observation XXXXV

Néphrectomie abdominale. — Guérison.

Femme 40 ans. 2 accouchements ; enceinte de six mois.

Coliques néphrétiques très intenses et augmentant progressivement. Tumeur croissante du côté gauche. Pendant la palpation, une série de kystes crèvent.

Urines : légèrement alcalines, blanchâtres très légèrement albumineuses. Très rares cylindres hyalins.

Diagnostic. Hydronéphrose.

Néphrectomie lombaire gauche.

Guérison. Accouchement à terme. Deux ans plus tard, le rein droit montre une croissance rapide sans autres troubles.

In Beck. — *Annals of Surgery*, février 1901.

Observation XXXXVI

Néphrectomie. — Mort.

Femme de 55 ans dont deux sœurs avaient déjà succombé à la dégénérescence kystique,

Début de la maladie un an auparavant ; très peu d'albumine dans les urines. Tumeur dure au centre, fluctueuse à la périphérie.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire.

Opération, Néphrectomie par voie transpéritonéale, le rein droit n'ayant paru que légèrement hypertrophié et ne portant que quelques petits kystes à la partie inférieure.

Suites immédiates pas trop mauvaises ; quantité d'urine le premier jour : 2 litres environ renfermant un peu d'albumine.

Au 8e jour la diurèse devint insuffisante et la malade mourut d'urémie onze jours après l'opération.

A l'autopsie : Rein droit très augmenté de volume ; probablement que l'excès de travail avait déterminé une néphrite interstitielle.

OBSERVATION XXXXVII

Néphrectomie. — Mort.

Femme 43 ans, sœur de la précédente.

Tumeur rénale.

Nephrectomie transpéritonéale. Mort 10 jours après l'opération.

IN NIEMAK 1901. — *Brin loco citato.*

OBSERVATION XXXXVIII

Néphrectomie. — Mort.

Femme 28 ans, douleur dans le côté droit. Tumeur rénale droite paraissant bosselée.

Faiblesse générale.

Urines troubles, albumine, pus, mucus, cellules rénales, bactéries, quelques globules rouges.

Diagnostic. — Rein flottant polykystique tordant son pédicule. Laparotomie exploratrice : Rein droit polykystique, rein gauche normal.

Néphrectomie droite lombaire.

Mort par anurie dans le coma en 62 heures.

In Segond, Albarran et Imbert. — *Loco citato.*

Observation XXXXIX

Néphrectomie. — Guérison.

Femme de 28 ans.

1° Symptomes antérieurs. Depuis plusieurs années tumeur dans le flanc droit prise pour une tumeur du foie.

2° Symptômes actuels : tumeur du flanc droit descendant à 2 travers de doigt au dessous de l'ombilic ; pas de douleurs pas d'hématurie.

Opération. — Néphrectomie abdominale droite.

Guérison. — 20 jours plus tard on constate que le rein gauche est très augmenté de volume.

Anat. path. — Dégénérescence kystique du rein droit.

In Morris *1901.* — *Brin Congrès Urologie 1911*

Observation L

Néphrectomie. — Guérison.

Maintenue 7 ans après.

Observation LI

Néphrectomie. — Guérison.

Maintenue 3 ans après

Observation LII

Néphrectomie. — *Mort.*

Observation LIII

Douleur. Tumeur augmentant rapidement.
Néphrectomie. Mort quelques semaines après, d'urémie.

In Lauwers. — *Journal et Ann. Soc. belge Chirurgie 1902.*

Observation LIV

Néphrectomie abdominale. — Amélioration

Femme de 42 ans ; fortement amaigrie. Violentes douleurs dans la région rénale ; tumeur du côté gauche.

Diagnostic. — Tumeur maligne du rein.

Néphrectomie abdominale gauche.

Amélioration passagère. Déjà trois semaines plus tard douleurs du rein droit.

Rein gauche en dégénérescence kystique. Rein droit augmenté de volume.

In fels. — *Munschen Med. Wochenschrift 1902*

Observation LV

Néphrectomie. — Guérison.

Vieillard. Néphrectomie droite lombaire. Guérison persistante 14 mois après. Rein droit en dégénérescence kystique.

In Wyss. — *Beitrage zu klinischen Chirurgical, 1902,* p. 32.

Observation LVI

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 38 ans. Il y a six ans après un effort, sensation d'affaissement dans le côté gauche du ventre. Deux ans après la malade accouche pour la 3e fois, et sent dans le côté gauche une tumeur qui grossit lentement.

Huit semaines avant l'examen, hématurie durant plusieurs

jours. La malade est enceinte de 8 mois ; à l'époque habituelle des règles, crachats sanguinolents.

Examen : Voussure du côté gauche du ventre qui est entièrement occupé par une tumeur bosselée, mobilisable aisément et donnant à la percussion une matité absolue.

Urines : 1900 c. c. pro die. Densité 1010, réaction acide, troubles ; dans le sédiment peu d'épithélium : petites cellules inégales, plus petites que leucocytes agglomérées.

Traitement : Nephrectomie gauche.

Suites : Guérison persistante 2 ans après.

Anat. path. — Rein enlevé atteint de dégénérescence kystique.

In Reinbach. — *Deutsche medic. Wochenschrift 1902.* p. 120.

Observation LVII

Néphrectomie. — Guérison.

Hémorrhagies très abondantes. Anémie. Cachexie.
Nephrectomie. Guérison.
Plus tard, rein resté augmenté de volume.
Anat. path. — Rein polykystique.

In Belcher 1903. — *Brin Congrès Urologie 1911.*

Observation LVIII

Femme 55 ans. Douleurs depuis 10 ans dans les deux regions rénales, aggravées depuis 4 ans.
Néphrectomie.

In Lee. — *Brin Congrès Urologie 1911*

Observation LIX

Femme Rein polykystique. Nephrectomie.

In Seitz. — *Munscher med. Wochenschrift 1903.*

Observation LX

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 55 ans. Augmentation du ventre indolore depuis un an.

Examen : tumeur située à gauche, inégale, grosse comme une tête d'adulte partiellement fluctuante. Sur la tumeur matité limitée par les anses intestinales ; accessible au doigt dans le Douglas.

Diagnostic. — Kyste multiloculaire glandulaire de l'ovaire.

Opération. — Néphrectomie gauche abdominale.

Suites : malade sortie guérie 42 jours après opération.

Anatomie pathologique. — Rein droit polykystique.

In Otto Bernburg. — *In thèse Siéber Leipzig 1905.*

Observation LXI

Néphrectomie. — Mort.

Homme, 52 ans. Soigné depuis 9 mois pour tuberculose pulmonaire ; il y a 4 mois, il découvre une grosseur dans le côté gauche du ventre qui augmentait progressivement de volume et était très sensible à la pression. Perte de poids (25 kil.) fatigue générale, inappétence, insomnie.

Examen : Etat général très mauvais. Signes de bacillose.

Dans le côté gauche de l'abdomen tumeur grosse comme une tête d'enfant difficilement mobilisable, très sensible à la pression, donnant sensation de fluctuation à la palpation profonde. Urines normales.

Opération. Néphrectomie gauche.

Suites : Mort en collapsus 3 heures après.

Anatomie pathologique. — Dégénérescence polykystique du rein gauche. Dans les kystes, liquide purulent.

In Byll. — *Société anatomique 1904.*

Présenté par Billon, interne de St Joseph.

Observation LXII

Néphrectomie. — Mort.

Malade de 50 ans célibataire et vierge, jamais malade.

Maladie actuelle, début il y a 7 mois par une augmentation progressive et continue du ventre. Vomissements pendant une quinzaine de jours. Alternative de constipation et de diarrhée.

Depuis trois mois, pollakiurie très manifeste. Mictions toutes les heures le jour, non douloureuses. Douleur irrégulière, non localisée siégeant dans la région lombaire, cuisse, jambe.

Examen. — Ventre gros. Tumeur, remplissant entièrement l'hypochondre gauche, qui semble polykystique. Bien limitée à gauche, mal délimitée à droite ; sa base vers le pubis est sonore. Les signes fonctionnels vont en s'aggravant. La pollakiurie devient de plus en plus gênante. La malade éprouve une pesanteur, parfois douloureuse dans les lombes, les aines, les cuisses, à prédominance surtout droite. Augmentation de volume constante du ventre. Albumine 2 gr.

Opération.— Laparotomie médiane: on voit le côlon descendant vertical soulevé par une tumeur développée dans le mésocolon descendant et se prolongeant en dessous à gauche dans l'hypochondre. La tumeur s'étend du diaphragme au bassin.

Incision du péritoine. Ponction. On retire 40 gr. environ de liquide légèrement trouble ; on débride, fortes adhérences péritonéales en dedans et en haut ; en bas le décollement se fait facilement.

Le rein est isolé, on sectionne son pédicule après ligature.

On découvre le rein droit, qui beaucoup moins volumineux est également polykystique.

On suture ; on referme.

Le lendemain, la malade n'a pas uriné, rien dans la vessie. On purge le malade ; on fait du sérum ; le soir diarrhée assez abondante. Le surlendemain, l'anurie persiste, accidents urémiques, saignée, coma, mort.

Autopsie. — Reins polykystiques.

In Dean Bevan 1904. — *Brin loc. citato.*

Observation LXIII

Néphrectomie. — Guérison.

Homme. Douleur à droite. Forte hématurie. Anémie. Incision lombaire droite, gros rein polykystique, ablation. Guérison.

1 an après. Bon état.

In Pawker Syms. — *Brin Congrès Urologie, 1911.*

Observation LXIV

Néphrectomie lombaire. — Guérison.

Femme. Douleurs par pression sur les organes pelviens. Gros rein gauche lobulé et flottant.

Néphrectomie gauche, guérison.

In Haynes 1904. — *Brin Congrès Urologie 1911.*

Observation LXV

Néphrectomie lombaire. — Mort.

Femme 55 ans. — Douleurs lombaires. Tumeur rénale gauche.

In Blackburn. — *Transaction of the Pathol. Soc. de London*, vol. 55. 1903-4.

Observation LXVI

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 49 ans admise à l'hôpital en 1899 se plaignant d'amaigrissement du à la présence d'une tumeur sous les côtes gauches. Cette tumeur augmentant parfois de volume entrainait alors de grandes douleurs. Après des mictions abondantes la douleur diminuait en même temps que le volume de la tumeur. Jamais de douleur à droite. Très bonne santé antérieure. 14 enfants (le dernier 11 mois auparavant) dont 11 bien portants.

Examen. — Faiblesse générale.

Abdomen souple ; dans le flanc gauche ; grosse masse ferme, arrondie, sensible, du volume d'une noix de coco, située dans la région rénale. A droite on ne peut palper le rein. Foie débordant, portant sur le lobe droit une tumeur grosse comme une balle de tewnis, un peu fluctuante.

Pendant 14 jours, température irrégulière avec quantité de pus variable dans l'urine. On décide d'opérer ce qu'on prend pour un kyste hydatique.

La laparotomie montre un foie parsemé d'une foule de petits kystes du volume d'un grain de raisin à celui d'un pois. Un kyste plus grand est ouvert et on ne trouve pas d'hydatide ; rein droit gros mais non kystique. Rein gauche très volumineux entouré d'un tissu périnéphrétique entièrement induré.

3 semaines après, néphrectomie gauche. Rein constitué par une masse de kystes entourant une cavité centrale pleine de pus. L'ablation fut partielle et l'organe mutilé montra un grand nombre de cavités contenant du pus et un liquide trouble.

Suites.Convalescence ininterrompue.Malade quitte l'hôpital engraissée, émettant 2 à 3 pintes d'urine, de densité 1008 avec peu d'albumine. 3 ans plus tard en très bonne santé.

In Routier 1905. — *Brin Congrès Urologie 1911.*

Observation LXVII

Néphrectomie lombaire. — Guérison.

Femme 34. Douleurs et tumeur du rein gauche. Légère albuminurie. Rien à droite par division des urines, néphrectomie.

Bon état deux ans après.

In Segond. — *Brin Congrès Urologie 1911.*

Observation LXVIII

Néphrectomie transpéritonéale. — Guérison.

Femme 30 ans. Jouit d'une santé parfaite.

In Sato 1905. — *Brin Congrès Urologie 1911.*

Observation LXIX

Néphrectomie. — Guérison.

Homme 41 ans. Rein polykystique droit. Néphrectomie.
Bon état deux ans après.

In Collis et Hervetson 1905.— *Brin Congrès Urol. 1911*

Observation LXX

Néphrectomie. — Guérison

Femme 38 ans. Rein polykystique gauche. Néphrectomie.
Deux ans après va bien.

Observation LXXI

Néphrectomie. — Mort.

Homme 43 ans. Frère de la précédente. Rein polykystique droit. Néphrectomie. Mort en quelques mois d'insuffisance rénale.

In Caldwelle 1906. — *Brin loco citato.*

Observation LXXII

Néphrectomie. — Mort.

Homme 48 ans. Douleurs et tumeur dans la région rénale droite. Urine sanglante. Albumine. Phénomènes survenus à la suite d'un coup sur le flanc droit.

Diagnostic. — Hématome rétro-péritonéal. Rupture du rein Néphrectomie. Mort 10 heures après.

In Le Moniet. — *Bull. soc. méd. Ouest. 1906.*

Observation LXXIII

Néphrectomie. — Mort.

Femme 22 ans. Douleur et tumeur abdominales. Amaigrissement. Urines claires traces d'albumine. Toucher vaginal : Tumeur dans le cul de sac antérieur.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Néphrectomie. Mort en 7 jours.

In Prior 1906. — *Brin loco citato.*

Observation LXXIV

Néphrectomie. — Guérison

Homme 36 ans. Douleur et tumeur dans le flanc droit. Dé-

fense musculaire, langue sèche, traces d'albumine, hypertension artérielle.

Néphrectomie droite. Epanchement hémorragique dû à la rupture d'un kyste. Guérison.

In Blake et Monks 1906. — *Brin loco citato.*

Observation LXXV

Néphrectomie abdominale. — Mort

Homme 45 ans, douleurs abdominales. Tumeur abdominale gauche. Urines pâles. Traces d'albumine.

Diagnostic. — Tumeur ?

Néphrectomie abdominale. Autre rein paraît kystique.

Mort 3 jours après d'anurie.

Observation LXXVI

Néphrectomie. — Mort.

Femme 33 ans. Douleurs dans l'hypochondre gauche où on sent une tumeur dure, mobile. Faiblesse, semi coma, albumine, pus, cylindre.

Diagnostic. — Fibrome utérin avec obstruction d'un uretère.

Laparotomie. Néphrectomie droite ; les 2 reins son polykystiques.

Mort le lendemain.

In Nicholson 1906. — *Brin loco citato.*

Observation LXXVII

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 46 ans. Tumeur rénale gauche depuis cinq ans. Dyspnée.

Division. Urine du rein gauche : Sang. Urine du rein droit : normale.

Laparotomie exploratrice : rein droit normal. Néphrectomie lombaire gauche.

Guérison en 6 semaines.

Va bien 18 mois après.

In Breitz 1906. — *Brin loc. citato.*

Observation LXXVIII

Néphrectomie. — Mort.

Femme 45 ans. Tumeur abdominale gauche.

Diagnostic. — Cancer ovaire gauche ou kyste multiloculaire.

Laparotomie. Grosse tumeur rétropéritonéale, rein gauche polykystique ; néphrectomie. Rein droit augmenté de volume (tête d'adulte).

Guérison.

Mort un an après.

In Bœckel. — *Gazette méd. Strasbourg. 1906.*

Observation LXXIX

Néphrectomie. — Mort.

Femme 78 ans. Occlusion intestinale de cause inconnue.

Laparotomie exploratrice : occlusion par gros rein droit polykystique.

Néphrectomie.

Mort en 24 heures. Coma et anurie.

Autopsie. — Rein opposé polykystique.

In Vautrin. — *Revue médicale de l'Est 1907 p. 153.*

Observation LXXX

Néphrectomie péritonéale. — Mort.

Femme 48 ans, sans antécédents pathologiques, portant depuis longtemps dans la fosse iliaque gauche une tumeur tour

à tour indolente et douloureuse, diagnostiquée kyste de l'ovaire gauche. Grâce au port d'une ceinture serrée, cette tumeur était devenue depuis de longues années indolore et inoffensive. Brusquement au commencement de 1905, la tumeur grossit et la station debout cause des douleurs tellement vives que la malade reste confinée au lit.

Des vomissements apparaissent en même temps que de l'albumine dans les urines.

Examen. — Tumeur irrégulière, bosselée, de consistance variable, remontant au dessus de l'ombilic.

Diagnostic. — Kyste dermoïde à allure maligne.

Après laparotomie, on tombe sur une tumeur composée de poches liquides multiples, séparées par des sillons prononcés. L'épiploon surtout, les anses grêles, le péritoine pariétal et aussi le colon iléo pelvien, adhéraient à la tumeur très intimement. La libération fut longue, et ne put se faire sans ouvrir plusieurs poches d'où s'évacua un liquide louche de coloration un peu jaunâtre et sans perforer une anse grêle qui fut suturée aussitôt.

Au pédicule on constate une disposition particulière. Dans une dépression profonde creusée sur le flanc latéral, lisse et régulier de la tumeur, s'insérait une sorte de ligament, épais ressemblant à un aileron ligamentaire qui se rendait sur le bord de la ligne innominée, se continuait avec le péritoine à ce niveau ; il touchait en haut au colon iléo pelvien, en bas au bord supérieur du ligament large. L'ovaire et la trompe gauche prolabaient dans le bassin, contre l'utérus et en arrière du ligament large. Le pédicule fut sectionné et ses vaisseaux nombreux et volumineux furent liés séparément. Un canal de fort calibre, l'uretère, fut lié avec plusieurs veines voisines. Par dessus ces ligatures, le péritoine fut ramené en bourse. Drainage par deux gros tubes en caoutchouc.

Les suites furent d'abord favorables, mais urine rare et chargée d'albumine.

Vers le 6e jour, après opération il y eut anurie progressive

avec troubles digestifs variés, vomissements, diarrhée, ballonnement du ventre. La palpation du rein droit indiquait une tuméfaction de l'organe avec douleur vive. Après une reprise légère de la diurèse qui nous donna un peu d'espoir, la malade s'affaiblit de plus en plus et succomba le 21 avril avec des symptômes d'urémie bien caractérisée.

Autopsie. — Rein polykystique avec ectopie iliaque.

In Weiss. — *Revue médicale Est 1907.*

Observation LXXXI

Néphrectomie. — Mort.

Malade âgé de 30 ans. Cas analogue au précédent. Néphrectomie. Rein en ectopie dans la fosse iliaque gauche.

Mort 3 mois après l'opération.

In Bircher. *1908.* — *Brin loco citato.*

Observation LXXXII

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 45 ans, douleurs, coliques à droite. Rein droit augmenté de volume, fluctuant, douloureux.

Maux de tête, vomissements, troubles de la vue. Pollakiurie, polyurie, pas d'albumine.

Diagnostic. — Tumeur rein droit. Kyste ?

Après ponction de quelques kystes, néphrectomie lombaire. Guérison. 8 jours après maux de tête, diarrhée, en 8 mois mort d'insuffisance rénale.

Observation LXXXIII

Néphrectomie transpéritonéale. — Mort

Femme 50 ans, douleurs dans l'hypochondre droit, tumeurs bilatérales lisses.

Vomissements, diarrhée, amaigrissement ; au toucher vaginal, tumeur fluctuante dans le cul de sac postérieur.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Nephrectomie transpéritonéale, rein droit peu augmenté de volume ; mort brusque dans le coma.

In Parlavecchio. — *Cliniq. chirurg. Milan 1908.*

Observation LXXXIV

Nephrectomie. — Guérison

Femme 37 ans. Douleurs lombaires bilatérales. Tumeur à droite bosselée et douloureuse. Anémie. Troubles digestifs, troubles cardiaques. Urines abondantes. D. faible ; cathétérisme. Rein gauche : urine abondante normale. Rein droit : urine rare, globules rouges.

Diagnostic. — Rein droit polykystique. Rein gauche : fonction normale.

Néphrectomie. Guérison.

Cinq mois après, gros rein gauche douloureux, urines 1.500 à 2.000. D. 1.007. Bon état général.

In Taddei. *1908.* — *Brin loco citato.*

Observation LXXXV

Nephrectomie. — Guérison

Femme 31 ans. Accès douloureux. Siège région lombaire gauche. Tumeur rénale gauche. Pôle inférieur du rein droit perceptible.

Urines, D. 1013 15, traces d'albumine, globules rouges.

Diagnostic. — Hydronéphrose et néphrite dans rein mobile.

Néphrectomie gauche. Guérison.

In Pitha *1908* (*cité par Kukula*). *Brin loco citato*

Observation LXXXVI

Néphrectomie. — Guérison.

Rein polykystique unilatéral ? Rein opposé sain.

In Pacheco Mendes. — *Procès verbal Congrès Urologie, 1908*, vol. I à XII, page 401.

Observation LXXXVII

Néphrectomie péritonéale. — Mort.

Malade vient consulter pour un accès d'asthme qui oblige la malade à chercher l'hôpital; mais jusqu'à une époque qui remonte à environ 6 mois auparavant, sa santé ne révèle rien de particulier. C'est à ce moment qu'elle ressent dans le côté gauche du ventre une douleur sourde, non lancinante, presque continuelle, sans paroxysmes. Depuis lors elle a beaucoup maigri. Elle ne mange plus et n'a pas de dégoût électif pour certains aliments. Les urines n'ont jamais contenu de pus ni de sang et elle n'a aucune souvenance de débacle urinaire.

Le ventre est distendu et mesure 1 m. 09 de circonférence. L'examen révèle une volumineuse tumeur qui remplit le flanc gauche et qui déborde la ligne blanche de quatre travers de doigt. Elle descend jusque dans la fosse iliaque, est dure, présente la consistance d'un fibrome sans la moindre apparence de fluctuation. D'une mobilité très obscure elle pourrait être prise pour une tumeur solide du rein ou de la rate.

La palpation n'est pas douloureuse ; on sent la tumeur en arrière.

Les urines sont peu abondantes (450 gr. dans 24 h.) légère-

ment troubles, ne contiennnent ni sang ni albumine. D : 1012

La malade continue à avoir la respiration gênée et éprouve même des accès de suffocation. Elle dépérit. Il faut agir. Aussi décidons-nous une laparotomie exploratrice.

L'opération eut lieu le 24 mars. Nous incisons l'abdomen à la ligne médiane sur une étendue de 15 cent. Le péritoine ouvert nous voyons que le bord du foie est libre et descend sur la tumeur. L'exploration manuelle révèle l'indépendance du foie et de la tumeur que recouvre le péritoine pariétal postérieur. Celui-ci ouvert, la tumeur apparaît recouverte d'un réseau à grosses veines et contournée par le colon descendant.

La fluctuation était évidente ; nous nous rendons compte de ses connexions et nous acquérons la certitude qu'il s'agit d'un gros kyste du rein gauche.

La tumeur fut mise à nu ; elle avait le volume d'une tête d'adulte et nous pûmes alors vérifier qu'elle n'était que la vésicule mère d'un gros rein polykystique.

Nous pratiquons alors la néphrectomie par la méthode abdominale.

Pendant le cours de celle-ci la coque kystique creva et son contenu sanguin inonda la plaie. Après lavage, nous décortiquons le rein jusqu'au niveau du hile. Nous sectionnons le pédicule entre 2 ligatures et nous reséquons l'uretère sur une étendue de 11 centimètres. Nous drainons par la région lombaire. L'opération avait duré une heure. La quantité de sang avait été assez abondante à cause surtout du suintement continu qui s'était produit dans la plaie.

Après l'opération le pouls est imperceptible L'urine peu abondante (200 gr.)

Le 25 mars la malade est améliorée le pouls relevé. Urines : 420 gr. Légère quantité d'albumine.

Le 26 mars quelques vomissements ; ils continuent pendant la journée; puis la malade est prise d'un hoquet qui la fatigue au plus haut point. Son aspect toutefois est meilleur. Pouls : 25 au quart et plus fort que la veille.

Le pansement étant considérablement souillé, on panse de nouveau la plaie qui paraît être en bon état.

Matin : 36-6 ;

Soir : 37-3 ;

Urines : 614 grammes.

Le 27 mars, dépression considérable dyspnée — mouvement fébrile (38. 38,5)qui se prolonge jusqu'au lendemain où la malade succombe.

A l'autopsie on trouve outre l'atrophie de la rate, réduite au 1/10e, une dégénérescence kystique totale du rein droit et une hypertrophie du ventricule gauche. Pas de kystes dans le foie ni dans aucun autre organe.

IN BRONGERSMA. — *Zeitschrift f. Urologie, 1909 p. 99.*

OBSERVATION LXXXVIII

Néphrectomie lombaire. — Guérison.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, père d'un enfant bien portant, qui depuis 18 mois environ se plaignait de grande lassitude, flatulence après les repas, perte d'appétit. A l'examen il y a 2 mois, une sensibilité à la pression attira l'attention sur le rein gauche qu'on sentait à peine à la palpation.

L'urine contenait un peu d'albumine et des leucocytes isolés.

Examiné un certain temps plus tard, le rein avait augmenté de volume et était devenu plus sensible.

Le malade étant enfant avait eu la rougeole et la scarlatine. Plus tard il devint nerveux et souffrait d'insomnie. A ce propos il consulta il y a sept ans un médecin qui constata une légère albuminurie, qui n'a jamais complètement disparu depuis ; mais ce malade se sentait très bien jusqu'à il y a 18 mois ; à cette époque il n'y avait rien au rein. Un repos à la campagne amena une amélioration.

Actuellement : en dehors des flatulences après les repas, pas

de troubles gastro-intestinaux ; le rein gauche n'est sensible qu'a la pression, mais le malade a une sensation de pesanteur quand il se couche sur le côté droit. Palpitations fréquentes. Jamais d'œdème. Il a toujours été pâle, jamais d'ictère ; dans les dernières semaines il aurait perdu beaucoup de forces et de poids. Il urine 5-6 fois en 24 h. Quantité normale, jamais la nuit. Malade maigre, pâle, souffreteux.

La pointe de cœur est légèrement déplacée à gauche et en bas, choc fort ; léger élargissement à gauche de la matité cardiaque, 2e bruit aortique renforcé. Poumons normaux. Pas d'hépatomégalie. La moitié gauche de l'abdomen semble un peu saillante. Le rein droit n'est pas accessible. A gauche, tumeur qui s'engage en haut sous le rebord costal, descend en bas à 4 travers de doigt au-dessous de celui-ci, et en dedans est éloigné de l'ombilic d'une largeur de main ; la tumeur a une surface irrégulière, pas de fluctuation, ballotte nettement et se déplace avec la respiration, matité. Douleur à la pression irradiante.

A la cystoscopie et au cathétherisme de l'uretère droit, vessie et rein droit normaux. Le cathétérisme de l'uretère gauche ne réussit pas à cause d'une bride probablement. Après une injection de 20 cc. de solution à 0,4 % d'indipo-carmin l'urine du rein droit était nettement bleue déjà après 5 minutes. A gauche après 27 minutes seulement petit nuage bleuâtre, qui se répète 5 minutes plus tard. L'urine retirée par cathétérisme vésical est d'un jaune clair, pas trouble, acide, d'un poids spec. 1012 ; elle contenait très peu d'albumine (même pas 0,25 % à l'Esbach), pas de sucre ; des leucocytes et des cellules épithel. isolés. L'urine du rein droit était normale.

Diagnostic. — Rein kystique gauche, fonctionnellement sans valeur ; rein droit normal. On décide la néphrectomie gauche, qui fut pratiquée le 30 décembre 1905.

Opération. — Par incision lombaire de 35 centimètres, on enlève le rein gauche entièrement en dégénérescence kystique.

Le malade ayant eu au cours de l'intervention une syncope

respiratoire, on coupe le pédicule du rein sur un champ qu'on laisse à demeure. Durée de l'opération : 25 minutes.

Injection de sérum physiologique.

Le malade revient à lui ; pouls bon.

Dans les premières vingt-quatre heures, 450 centilitres d'urine : le cinquième jour, 1.700 cent. ; quelques jours après l'opération, les urines absolument normales. Quatre jours après l'opération le clamp fut enlevé ; la plaie se ferma bientôt et quatre semaines après l'opération, le malade quitta l'hôpital, guéri, et put vaquer à ses occupations.

Malade revu trois ans après : bon état.

In Johnson *1910*. — *Brin loco citato.*

Observation LXXXIX

Nephrectomie. — Guérison

Homme 34 ans. Douleur à gauche dans l'abdomen. Hématuries ; tumeur du flanc gauche. Toux.

Accidents observés à la suite d'une chute.

Diagnostic. — Rupture du rein gauche. Hématome périrénal.

Néphrectomie. — Rein polykystique rompu avec hématome. Autre rein normal. Guérison. Revu cinq mois après, bon état. Urines abondantes; D. 1015 ; traces d'albumine.

In watson *1910*. — *Brin loco citato.*

Observation LXXXX

Nephrectomie. — Guérison

Diagnostic. — Rein polykystique tordu et gangrené.

Nephrectomie. Revu 18 mois après. Guéri.

Observation LXXXXI

Diagnostic. — Rein polykystique tordu et gangrené.
Nephrectomie. Revu 2 ans après, guéri.

In Bull *1910. — Brin loco citato.*

Observation LXXXXII

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 32 ans, depuis 5 ans douleur et tumeur dans la région rénale gauche.

Cathetérisme uretéral.

Rein droit : urine claire, urée 3 gram. pour 1000.

Rein gauche : urine rare trouble, urée 2 grammes.

Diagnostic. — Hydronéphrose infectée.

Néphrectomie gauche. Guérison.

Cinq mois après, douleurs et tumeur à droite ; l'urée diminue.

In Renner *1910. — Brin loco citato.*

Observation LXXXXIII

Néphrectomie lombaire. — Guérison

Homme 41 ans, depuis 6 mois douleurs. Urines purulentes, souvent sanglantes. Tumeur rénale gauche bosselée. Fonction du rein gauche un peu plus mauvaise que celle du rein droit un peu d'albumine.

Néphrectomie lombaire gauche ; gros rein polykystique de 1600 grammes.

Guérison. — Au bout de 9 semaines rein droit déjà gros.

Cinq ans après va bien mais ne peut travailler. Faiblesse. Douleurs.

In Alessandri 1910. — *Brin loco citato.*

Observation LXXXXIV

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 37 ans. Coliques néphrétiques. Tumeur dans le flanc droit lisse, mobile.

Cathétérisme uretéral de 24 heures.

Rein droit 110 cc. urée 1 gr. pour 1000.

Rein gauche : 1.700 cc. urée 11 gr. pour 1000.

Néphrectomie droite en juillet 1907.

Guérison. — Le 10 mars 1911, malade en bon état. Rein gauche gros. Urines normales.

In Pauchet 1911. — *Brin loco citato.*

Observation LXXXXV

Néphrectomie. — Mort.

Homme. Tumeur du flanc droit. Division des urines : Rein droit : urée 5 gr. pour 1000 ; Rein gauche 8 gr. pour 1000.

Diagnostic. — Hydronéphrose.

Néphrectomie, guérison. Mort 3 mois après de dégénérescence du rein opposé.

In Kummel 1911. — *Brin loco citato.*

Observation LXXXXVI

Néphrectomie. — Mort.

Rein polykystique.

In Mauclaire. — *Bulletin chirurgie 1912.*

Observation LXXXXVII

Néphrectomie. — Guérison.

Jeune femme de 29 ans, pas d'antécédents, a maigri un peu

depuis six mois et a ressenti quelques douleurs dans la région lombaire gauche, miction normale. Pas d'hématurie ; à la palpation on sent le rein prolabé avec des irrégularités très nettes sur sa face antérieure.

Cathétérisme uretéral par M. Doré.

Les deux reins fonctionnent aussi bien à droite qu'à gauche.

Diagnostic : Cancer du rein.

Opération. — Incision lombo-iliaque. Néphrectomie d'un rein en dégénérescence kystique.

Suites opératoires normales. Urines 500 gr. le premier jour, 700 grammes les jours suivants.

In Dominici. — *Revue Clinique d'Urologie, juillet 1913.*

Observation LXXXXVIII

Néphrectomie. — Guérison.

Femme de 37 ans, téléphoniste, dans les antécédents héréditaires rien qui mérite d'être retenu. Il y a six ans, polyarthrite avec fièvre plutôt forte, avec albumine dans l'urine au taux de un quart pour mille. Après la résolution du processus inflammatoire articulaire, l'albuminurie a persisté quoique depuis cette époque la malade ait observé un régime alimentaire limité aux viandes blanches, aux œufs, lait, légumes verts.

Raconte qu'elle est sujette depuis quelque temps à des douleurs diffuses dans les régions lombaires, douleurs qui se présentent surtout à la suite des grandes fatigues et qui depuis deux ans environ se sont localisées dans la région rénale gauche, sous forme d'accès à caractère pongitif sans aucune irradiation. Dit n'avoir jamais émis ni calcul, ni gravelle et que les urines ont conservé l'aspect normal ; parfois cependant aspect purulent.

Diagnostic. — Au début néphrite chronique. Consécutivement à la suite d'un examen radiographique, lithiase rénale gauche.

A l'examen, le rein gauche est augmenté de volume, doulou-

reux à la pression, se déplaçant avec les mouvements respiratoires. Pas de douleur aux points uretéraux ; à la radiographie ombre correspondant à la région rénale gauche. Il ne fut pas possible de pratiquer le cathétérisme des uretères, mais l'examen des urines, l'examen clinique et radiographique indiquaient une lésion du rein gauche et le Pr Alessandri décida d'intervenir chirurgicalement réservant le choix de l'acte opératoire pour le moment où le rein serait découvert et où l'on pourrait constater de visu la lésion dont il était le siège.

Le 2 décembre 1910 il découvrit le rein par une incision à la Guyon et l'ayant trouvé profondément altéré, il en opéra sur le champ l'ablation.

Les suites opératoires furent normales. La malade sortit au vingt-deuxième jour, complètement guérie. Elle continue à l'heure actuelle à se bien porter et vaque à ses occupations habituelles.

In Illyès. — *Zeitschrift für Urologie 1912*

Observation IC

Néphrectomie. — Guérison.

Malade âgé de 30 ans. Souffrant depuis 4 mois de mictions fréquentes avec douleurs sourdes dans le flanc gauche. Urines troubles sanguinolentes ; diarrhée avec ténesmie.

Cystoscopie : muqueuse vésicale enflammée. L'urine de l'uretère droit est claire, l'urine de l'uretère gauche trouble ; l'orifice uretéral gauche est rouge et tuméfiée.

Séparation des urines :

Rein droit :

75 ◇ = 1.19,6

Urine rougeâtre : Sang, albumine, hématies, globules blancs isolés, cellules épithéliales polygonales.

Rein gauche :

35 ◇ = 0.55,6

Urines trouble jaune clair, albumine et pus, cellules de pus et hématies.

A la suite d'une injection sous cutanée de phloridzine, le sucre secrété était de 0.37 %. Cette analyse indiquait une affection du rein gauche qu'on sentait tuméfié par palpation bimanuelle. En outre il existait une prostatite et une rectite chronique, la température est de 37.5 à 38.

Néphrectomie gauche avec drainage, rein enlevé polykystique ayant comme dimension 18 c. × 11 c. × 8 c.

Suites opératoires normales. Guérison au bout de trois semaines.

La prostatite et la rectite seront traitées à domicile.

In Steiner. — *Pol. Urologie 1912.*

Observation C

Néphrectomie. — Mort d'urémie.

In Carlier. — *Congrès Urologie 1911.*

Observation CI

Néphrectomie. — Guérison.

Homme 24 ans, atteint d'hématurie depuis 15 jours lors de son entrée à l'hôpital sans avoir jamais souffert auparavant des voies urinaires.

Rein droit volumineux ; Gauche imperceptible.

Hématuries très abondantes sans douleur ni mictions fréquentes. Urines : 1800 cc. *pro die*, contenant 19 gr. d'urée et 14 gr. de chlorure.

Polyurie expérimentale donne des doutes sur l'état du rein gauche ; malgré cela et en raison du mauvais état général du malade déclinant chaque jour, opération décidée.

Néphrectomie. — Suivie de guérison.

Anat. path. Rein polykystique non en grappe de raisin, pouvant faire espérer guérison.

In Brooker Mills. — *Md. Recordes. N. Y. 1911 p. 676.*

Observation CII

Néphrectomie. — Guérison.

Enfant de 14 mois, admis à l'hôpital le 28 juin 1910.

Pas d'antécédents héréditaires ; présente dans le côté gauche de l'abdomen une tumeur énorme dont le début, d'après la mère, remonterait à l'âge de 7 mois ; radiographie montre uniquement que la tumeur n'est pas une rate hypertrophiée. Au bout de trois semaines, ablation de la tumeur dont la coupe montre une dégénérescence kystique du rein.

Suites : Guérison sans incident, enfant sort de l'hôpital 1 mois après en bon état.

NEPHRECTOMIES

II. — Pour Rein polykystique suppuré

In Schede 1890. — *Brin loco citato.*

Observation I

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 26 ans. Phénomènes septiques graves. Bubon suppuré.

Néphrectomie. — Rein polykystique suppuré. Guérison. Va bien 8 mois après.

In Polk. — *Centralblatt für Gynakologie. B. d. 15 1891 5 204.*

Observation II

Néphrectomie. — Guérison.

Tumeur du côté droit du volume d'un utérus gravide de six mois.

Ponction donne du pus. — Néphrectomie droite. — Guérison

Path. Befünd. — Dégénérescence polykystique du rein droit et suppuration.

In Knox 1891. — *Brin loco citato.*

Observation III

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 29 ans. Tumeur rénale gauche à bosselures fluctuantes. Hématuries. Pus dans l'urine. Pollakiurie.

Cœur irrégulier et faible.

Diagnostic. — Pyonéphrose.

Néphrectomie, plusieurs kystes sont crevés pendant l'opération donnant issue à du pus.

Guérison. Les urines augmentent peu à peu de 18 à 40 onces. Le pus diminue, 10 ans après la malade va très bien et a eu plusieurs enfants.

In Lange. — *The New-York Med. Record, 1894*, vol. 18.

Observation IV

Néphrectomie. — Mort.

Femme de 47 ans. Premier symptôme : depuis trois ans fortes douleurs dans la région lombaire droite. Vomissements et nausées. Dysurie.

Dans la région lombaire droite, tumeur profonde très résistante à surface irrégulière, fluctuation douteuse.

Urines : pus, nombreux épithéliums vésicaux et rénaux ; peu d'épithélium du bassinet.

Diagnostic. — Pyélonéphrite droite.

Néphrectomie. — Mort 34 heures après en anurie complète.

Patho. Bef. Rein en dégénérescence kystique. Rein droit 2 fois aussi gros que normalement. Les kystes contenaient en partie du pus. Bassinet et uretère oblitérés.

Lannelongue et Vitrac. — *In Société pour avancement des sciences. — Congrès de Tunis 1896.*

Observation V

Néphrectomie. — Guérison.

Femme de 29 ans, présentant à gauche une tumeur, dure, partiellement fixée et douloureuse, état général grave depuis un mois.

Début de la maladie, il y a un an seulement par des crises douloureuses avec hématurie ; les douleurs seules avaient persisté.

Albumine, mais pas d'autres signes d'un mal de Bright.

Diagnostic. — Tumeur du rein.

Néphrectomie. — On trouve un rein polykystique avec phlegmon périnéphrétique. Suppuration de presque tous les kystes. L'aspect macroscopique et microscopique sont identiques. Suites opératoires bonnes, dépuration urinaire suffisante. Après trois mois, état général parfait ; pas d'albumine.

In Tuffier et Dumont. — *Bull. Soc. Anatomie 1898. vol. XVIII*

Observation VI

Néphrectomie. — Guérison.

Femme B... âgée de 30 ans, couturière, a été toujours bien portante jusqu'en 1898.

A cette époque la malade ayant fait un jour un brusque effort pour courir ressentit dès les premiers pas, dans le côté droit une douleur aiguë comme si quelque chose se déchirait ou se décrochait, douleur qui la força de s'arrêter et de s'asseoir. Au bout de quelques minutes cependant les douleurs s'étant calmées, elle put reprendre à pied le chemin de son atelier; mais à peine arrivée elle fut prise de vomisements bilieux incessants et d'une faiblesse telle quelle se fit reconduire chez elle en voiture.

Les vomissements s'arrêtèrent dans la nuit mais les douleurs ne disparurent que le lendemain soir. Puis tout rentra dans l'ordre.

L'année suivante, cette femme se mariait. Quinze jours après son mariage, elle ressentit subitement et sans motif apparent, de violentes douleurs dans le flanc gauche, en même temps elle fut prise de grands frissons avec claquement des dents, sueurs froides. Cet état dura deux jours ; elle fit alors venir un médecin qui la soigna par des applications de cataplasmes et cela pendant six mois.Le médecin avait bien senti

une tumeur dans le côté gauche mais le traitement resta toujours le même. Jamais on n'avait analysé les urines de la malade. Celle-ci affirme d'ailleurs qu'elles n'ont jamais contenu de sang. Elle déclare également que tant qu'elle était couchée, ses mictions n'étaient ni douloureuses ni plus fréquentes qu'à l'état normal mais que dès qu'elle se levait, elle ressentait dans le bas ventre comme un froid qui pesait sur la vessie et la forçait à uriner à tout instant, toutes les cinq minutes environ ; elle n'émettait que quelques gouttes d'urine et cette émission s'accompagnait de douleurs cuisantes au passage. Pendant tout ce temps, la malade avait considérablement maigri et perdu des forces.

Au bout de six mois le médecin déclare à la malade que la naissance d'un enfant pourrait avoir une influence heureuse sur le mal dont elle souffrait, celle-ci fait ce qu'il faut pour être enceinte.

La grossesse fut excellente, plus de fièvre, plus de douleur. Mictions normales. Elle prend de l'appétit et de l'embonpoint.

L'accouchement se fit très bien à terme. L'allaitement se passa d'une façon très satisfaisante, mais vers la fin de la période d'allaitement, la jeune femme fut reprise de violentes douleurs dans le flanc gauche avec forte fièvre.

Cette crise dura 15 jours avec les mêmes symptômes que lors de la première atteinte. Puis elle se rétablit rapidement et complètement. Depuis les crises douloureuses ont reparu à des intervalles variables tous les deux ou trois mois, tous les six mois, en s'espaçant de plus en plus ; même il y a trois ans la malade ayant suivi le conseil d'un médecin qui lui avait recommandé le port d'une ceinture hypogastrique, resta plus d'un an sans avoir de crises. La dernière a eu lieu à la fin de novembre il y a 2 mois et dura dix jours.

La malade a remarqué que ces crises se produisaient surtout après une grand fatigue. Jamais au cours de ses crises la malade n'a vomi ; jamais non plus elle n'a eu de maux de

tête, de vertiges, de troubles de la vue, d'œdème des pieds : les mictions sont toujours restés normales, sauf lors de la première crise.

Lors de la dernière crise, la malade s'est aperçue qu'elle avait dans le flanc gauche une tuméfaction assez nette, arrondie, très douloureuse, tout à fait semblable à celle qu'elle avait remarquée à l'époque de sa première crise et qui depuis avait disparu, ou du moins tellement diminué de volume qu'elle n'était plus perceptible au palper.

Cette tumeur, surtout la douleur de plus en plus violente, font rentrer la malade à l'hôpital.

En dehors de ces crises, cette femme est d'ailleurs bien portante.

Depuis 7 ans que dure son mal, la malade aurait assez notablement maigri (9 kilogs).

Le 28 décembre 1897, examen malade. Femme petite, assez maigre, non anémiée. — T : 37°4 ; P : 116, régulier, assez fort. Langue un peu sale. Rien d'anormal du côté des organes thoraciques : cœur et poumons. Matité hépatique de la 6e côte à un travers de doigt au dessous du rebord costal : foie donc abaissé. L'estomac est dilaté: bruit de clapotement. La palpation dénote sur la ligne médiane un écartement des 2 muscles droits de l'abdomen.

Dans le flanc droit, la palpation bimanuelle permet de constater une tumeur lisse mobile ayant le volume et donnant la sensation d'un rein normal. Cette tumeur n'est pas douloureuse à la pression ; il est facile de la faire remonter sous les fausses côtes. Elle semble constituée par le rein droit ectopié.

Dans le flanc gauche, on sent une tumeur beaucoup plus grosse, correspondant à la zône de matité notée plus haut.

Cette tumeur occupe la moitié supérieure du flanc gauche et l'hypochondre gauche jusqu'au voisinage de la ligne médiane ; en haut elle est limitée par le rebord costal gauche ; en bas, elle ne dépasse pas le niveau de l'ombilic. Elle est du volume du poing et légère-

ment mobilisable. Elle n'est pas douloureuse à la pression. En la palpant attentivement on sent que sa surface est légèrement mamelonnée, on arrive même à percevoir, le long de son bord interne, une double saillie qui fait corps avec la tumeur. Les organes génitaux paraissent sains. L'utérus est peut-être légèrement abaissé. Les urines sont limpides et ne contiennent pas la moindre trace d'albumine.

Le diagnostic est en suspens ; peut-être s'agit-il d'une ectopie rénale avec hydronéphrose. En tout cas il paraît indiqué de faire au moins une incision exploratrice.

L'opération est entreprise le lendemain 28 décembre. Anesthésie par l'éther. Incision oblique de 15 cm environ dans la région lombaire gauche. Cette incision parallèle aux fibres du grand oblique, commence au niveau de la partie moyenne de la 11e côte et se termine vers l'épitre iliaque antérieure et supérieure.

Aussitôt les différents plans musculaires et aponévrotiques incisés, on tombe sur une grosse tumeur dont la surface présente une multitude de kystes de volume et de coloration variables.

La main introduite dans la plaie permet de constater que cette tumeur est constituée par le rein ; on a donc affaire à une dégénérescence polykystique de cet organe.

La tumeur qui a un hile où on sent parfaitement battre des vaisseaux, s'enfonce très profondément par son extrémité supérieure sous les côtes en refoulant le diaphragme.

Ces constatations faites, on se demande s'il faut continuer l'opération, c'est-à-dire extirper le rein malade, cette extirpation étant généralement contr'indiquée dans des cas de ce genre. Cependant comme l'autre rein, quoiqu'ectopié paraît sain, comme d'autre part, la malade veut à tout prix être débarrassée des douleurs intolérables qu'elle éprouve au moment de ses crises, on se décide à pratiquer la néphrectomie. Cette opération est rendue assez difficile par suite de l'existence de fortes brides conjonctives qui unissent la tumeur aux tissus voisins.

La partie supérieure de la tumeur surtout, enclavée sous le diaphragme ne descend que dificilement.

Cependant au bout d'un quart d'heure de travail, toute la masse est extirpée, sans autre accident qu'une petite déchirure du péritoine qu'on suture d'ailleurs aisément et rapidement. Ligature des vaisseaux pincés. On place un gros drain dans la plaie, puis on procède à sa fermeture ; Suture, continue au catgut des couches musculo-aponévrotiques. Suture de la peau au crin de Florence.

Pansement aseptique.

Suites opératoires sans incident notable.

Vomissement bilieux les 3 premiers jours.

Le surlendemain de l'opération on enlève le drain ; il existe une légère zone d'érythème autour de la plaie. Pendant les 10 permiers jours il y a une légère hyperthermie ; la température oscille autour de 38°. On en a l'explication, lorsqu'on change le pansement pour enlever les fils ; à ce moment on trouve un petit foyer de suppuration à trajet superficiel et fermé au bout de 3 jours.

Quant aux urines de la malade, dès le surlendemain de l'opération elles étaient limpides, de couleur jaune clair.

Le premier jour seulement, on fut obligé de sonder la femme ; depuis celle-ci a toujours uriné spontanément, les mictions ont toujours été indolores au nombre de 4 à 5 par jour, de 2 à 3 au maximum pendant la nuit.

La quantité d'urine de 400 gr. le premier jour s'est élevé dès le jour suivant à 750 gr. depuis elle n'a guère varié, jamais cependant elle n'est montée au-dessus de ce chiffre. L'analyse des urines n'y a fait découvrir d'albumine qu'une seule fois au 12e jour ; mais il n'y en avait que des traces. La veille, la malade avait aussi une légère douleur du côté du rein droit. Y a-t-il là une simple coïncidence ou une relation de cause à effet ? Nous ne saurions le dire.

La guérison a d'ailleurs marché rapidement. La malade nous a quitté le 23 janvier en parfait état de santé. La plaie

était parfaitement cicatrisée le flanc gauche souple et indolore. La malade mangeait avec appétit et digérait bien ; il existait une légère constipation. Le rein droit fonctionnait bien ; 700 grammes en moyenne d'urine par jour, urine clair jaune, sans la moindre trace d'albumine.

On sentait toujours nettement le rein droit par la palpation bimanuelle ; mais cette palpation était parfaitement indolore, et l'organe ne semblait pas avoir augmenté de volume. Les forces avaient reparu peu à peu. Bref la malade est partie enchantée de l'intervention.

In Mohr. — *Mittheilungen aus den Greuzgebieten der Medizin ûnd Chirurgie 6 1900*

Observation VII

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 26 ans; polyurie depuis 2 à 3 ans; admise à l'hôpital pour adénite inguinale gonococcique, au bout de quelques jours amygdalite très prononcée, avec symptômes généraux très marqués qui s'aggravent rapidement: fièvre intense,splenomégalie, souffle systolique, diarrhée sanguinolente dénotent une infection générale. La région rénale est sensible à la pression surtout à gauche. On sent une masse résistante et très douloureuse à la hauteur du rein gauche.

Urines : augmentation quantitative très marquée, forte albuminurie, cylindres hyalins, globules rouges et blancs.

Diagnostic. — Abcès périnéphrétique gauche.

Opération. — Néphrectomie gauche.

Suites : Guérison. Troubles urinaires disparaissent peu à peu.

Au bout de 8 mois bon état général, plus de souffrances ; mais dans l'urine encore de nombreux épithéliums rénaux en dégénérescence graisseuse, très rares cylindres hyalins et globules rouges. Plus tard, signes d'hypertrophie cardiaque et d'urémie chronique.

Anat. path. — Rein gauche en dégénérescence polykystique purulente : streptocoques en masse. Rein droit trouvé aussi en dégénérescence pendant l'opération.

In Rivet. — *Annales des Org. génito urinaires 1902.*

Observation VIII

Néphrectomie. — Guérison.

Ch. Jean, 26 ans, laboureur.

Pas d'antécédents pathologiques. Dans les premiers jours de décembre 1900, le malade jusqu'alors bien portant, ressentit dans la région lombaire droite une douleur sourde discontinue, s'exaspérant par moment, mais n'allant pas jusqu'à le priver de sommeil.

Vers le 15 du même mois, hématurie qui persiste trois jours.

Quinze jours après nouvelle hématurie.

Au cours de la première, expulsion d'un caillot rougeâtre après une véritable crise de colique néphrétique, à partir du 25 décembre les douleurs deviennent plus vives et c'est pour cela qu'il nous est adressé le 21 janvier.

Examen. — Homme légèrement amaigri. Douleur localisée dans la région lombaire, non exaspérée par la pression.

Légère voussure de la paroi abdominale. Tumeur facilement perceptible sur un bon travers de main. Consistance résistante, peu de fluctuation.

Pas de température; mais deux semaines avant son entrée à l'hôpital, le malade avait eu de la fièvre pendant deux jours.

Examen du sang. — Légère anémie.

Analyse totale. — Urine assez bonne.

Opération. — Le 25 janvier intervention avec M. le professeur Malherbe. Incision sur le bord externe de la masse sous lombaire, contournant la crête iliaque jusqu'à l'épine iliaque antéro supérieure ; l'opéré étant déjà très amaigri on tombe facilement sur l'athmosphère cellulo-adipeux périrénale, mais

le néoplasme était très adhérent surtout au niveau du pôle supérieur ; extraction pénible. Impossible de lier le pédicule ; force fut de mettre des pinces à demeure. Intervention très sanglante.

Pose de gros drains dans la cavité rénale. Suture au crin de Florence ne laissant que le passage des pinces entourées de gaze stérilisée destinée au tamponnement. Le diagnostic n'est établi que vers la fin après rupture de quelques kystes. Injection de sérum.

Soir : température 35 ; pouls 100.

Le 28, urines, trois litres, état satisfaisant. Le 24 février, plaie complètement cicatrisée. Revu quatorze mois après l'opéré est en parfait état de santé. La guérison doit être considérée comme définitivement acquise.

In Lund 1907. — *Brin loco citato.*

Observation IX

Néphrectomie. — Guérison.

Fistule rénale consécutive à un abcès du rein. Les deux reins sont polykystiques.

Néphrectomie du rein suppuré. Guérison. 2 fois enceinte, 2 avortements thérapeutiques. Bon état.

In Stander. — *München Med. Wochenschrift 1908.*

Observation X

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 48 ans. Fortes douleurs abdominales, dyspnée, constipation, bon état général. On sent à gauche une tumeur très sensible du volume d'une tête d'adulte, bosselée, peu mobile. Région rénale gauche très sensible en arrière ; rein droit insensible. Fièvre élevée 39°3, frissons.

Urines troubles, 2 litres *pro die* alcalines, albumine, pas de sang, pas de bacilles de Koch.

Diagnostic. — Pyonéphrose ou tuberculose ?

Opération. — On trouve le rein fixé par de nombreuses adhérences et couverts de kystes de volume variable; pensant à l'existence d'une collection purulente, l'opérateur tente de l'atteindre par décollement ; une violente hémorrhagie interrompt l'opération ; on se contente de la *néphrotomie* avec drainage et décapsulisation.

Après cette intervention, diminution des douleurs et de la tension abdominale ; mais le rein reste volumineux, pas d'issue de pus par les drains. La fièvre persiste, les forces diminuent rapidement.

10 jours après on pratique une *néphrectomie* très pénible à cause des adhérences; pendant le dégagement de la face postérieure, rupture d'une grosse poche purulente.

Suite opératoires favorables. 4 semaines après le rein droit est augmenté de volume et douloureux.

5 mois après, la malade est bien portante, mais se plaint de céphalée et de douleurs dans le rein droit.

In Morrisson *1908. — Brin loco citato*

Observation XI

Néphrectomie secondaire.— Guérison.

Femme 39 ans, douleurs et saillie de l'abdomen à droite. Fièvre. Frissons.

Diagnostic. — Pyonéphrose.

Néphrotomie. — 15 jours après néphrectomie. Guérison. Depuis accouchement normal.

In Guinard 1911. — *Brin loco citato.*

Observation XII

Néphrectomie. — Guérison.

Homme. — Douleurs à droite. Tuméfaction. Fièvre. Pas de pus ni de sang dans les urines ; douleurs au bout de la verge.

Diagnostic. — Appendicite puis pyonéphrose.

Incision lombo-iliaque. Néphrectomie ; gros rein polykystique suppuré ; guérison.

Va bien cinq ans après.

In Reynes. — *Congrès Urologie 1911*

Observation XIII

Néphrectomie. — Mort.

Dame 52 ans. Antécédents : réglée à 21 ans. Mariée à 21 ans. Trois enfants (1re et 3e grossesse ayant donné lieu à de graves accidents d'éclampsie) rien de particulier du côté génital.

Depuis 2 ans : vagues douleurs lombo-rénales bilatérales ; mictions toutes les deux heures le jour et 3 ou 4 fois la nuit.

Le 13 février 1902 époque de la première consultation la malade avait eu 8 jours avant une poussée vésicale: mictions toutes les demi heures. Hématuries le 2 et le 7 février ?

Examen : deux reins gros et sensibles surtout à droite.

Toucher génital négatif. Urine sanglante.

Le 24 février : hématurie arrêtée, mais le rein gauche semble encore augmenté de volume.

Le 14 mars : deux reins très gros surtout à gauche, cystoscopie négative.

Décembre 1902 : santé relativement bonne pendant ces neuf mois ; urines alternativement claires ou purulentes ; pas de fièvre, mais pouls rapide, légère incohérence intellectuelle.

Du côté des reins : à droite grosse masse occupant l'hypocondre et le flanc jusqu'à la fosse iliaque ; tumeur mate et d'inégale consistance ; à gauche même état qu'en février Urine : 1000 cc.

Cystoscopie sans résultat, cathétérisme uretéral impossible.

Néphrectomie proposée et acceptée. 16 décembre. — Incision lombaire montre un énorme rein polykystique type et sup-

puré. On en décide l'excision. Néphrectomie difficile à cause des adhérences.

Suites : Mort en 36 heures par adynamie.

Anat. path. — Rein polykystique ayant 0 m.. 40 de long pesant 2 kilos.

NÉPHRECTOMIES

III. — Reins polykystiques hydronéphrotiques

In Barling. — *Brit. Med. Journal 1901 II*

Observation I

Néphrectomie. — Guérison.

Femme d'âge moyen. Douleurs intenses de la région lombaire gauche, mictions fréquentes et douloureuses. Augmentation rapide du volume du rein gauche. Le rein droit semble gros aussi.

Peu de temps auparavant, graviers dans les urines.

Diagnostic. — Hydronéphrose par obstruction calculeuse de l'uretère.

Néphrectomie gauche lombaire. Guérison, mais rein droit continue à augmenter de volume.

Rein gauche en dégénérescence kystique et hydronéphrose.

In Rochet 1906. — *Brin loco citato.*

Observation II

Néphrectomie. — Guérison.

Néphrectomie gauche un an avant pour hydronéphrose. Evacuation de plusieurs litres de liquide issus de poches multiples.

Néphrectomie pour supprimer la fistule. Guérison.

In de Grœuve. — *Journ. Chirurg. Belge. Ann. Soc. Chirurg., 1909.*

Observation III

Néphrectomie. — Guérison.

Homme 48 ans, accès de coliques néphrétiques.

Néphrectomie.

Rein hydronéphrosé polykystique avec uretère congénitalement rétréci. Guérison.

NÉPHRECTOMIES

IV. — Reins polykystiques calculeux

In Depage. — *Ann. Soc. Belge Chirurgie 1895.*

Observation I

Néphrectomie. — Guérison.

Femme 52 ans, depuis 15 ans grosse tumeur rénale droite qui dans les dernières années était restée stationnaire. Dans les dernières années, de temps en temps, douleurs sourdes ; dans les derniers temps crises de coliques néphrétiques.

Tumeur du rein droit, composée de parties dures et fluctuentes.

Urines, dépôt rouge abondant.

Néphrectomie droite lombaire. Guérison, persistant après un an ; mais dans l'intervalle colique néphrétique inquiétantes à gauche.

Rein enlevé en dégénérescence kystique.

In Lannelongue et Vitrac. — *Loco citato.*

Observation II

Néphrectomie. — Rein polykystique. — Guérison.

Femme de 35 ans, ayant tous les signes d'une enteroptose généralisée, 2 reins mobiles dont celui de droite seul formait tumeur. La malade était très affaiblie depuis six mois. Pas de signes du mal de Bright ; hydronéphrose intermittente, albumine ; douleur violente depuis cinq ans, survenant par crises.

La fixation du rein et le traitement rationnel de l'hydronéphrose étant reconnus impossibles au cours de la néphropexie proposée, le rein fut enlevé. On trouva dans la pièce un gros calcul du bassinet; trois variétés de kystes dont la glande était criblée ; quelques-uns bourgeonnant, d'autres plus petits avec un épithélium rectangulaire aplati, les plus

gros avec des cellules cubiques ou cylindriques et une paroi conjonctive souvent épaissie.

Peu d'altération du parenchyme rénal interposé entre les kystes, notamment pas d'endartérite ; le rapport entre les tubes dilatés et les plus petits kystes est difficile à préciser. Suites opératoires bonnes. Emission normale des urines comme quantité et comme qualité. Après trois mois, amélioration considérable de la malade qui a pu reprendre sa vie habituelle, mais rein gauche gros comme une tête de fœtus.

In These de Bondet. — *Bordeaux 1904. Observation* Princeteau, chirurgien des Hôpit. de Bordeaux.

Observation III

Néphrectomie lombaire. — Guérison

Etienne Duc, 46 ans, cordonnier entre à l'hopital St Antoine le 6 août 1900. Il vient se soumettre à une opération pour une affection au rein droit.

Antécédents.

Douleurs rénales vraisemblablement dues à de la lithiase rénale. Depuis septembre 1899 époque d'une crise très violente le malade souffre sourdement et urine du sang de temps en temps.

A l'inspection ventre rétracté par amaigrissement présente une voussure au dessus de l'hipocondre droit. Par la palpation bimanuelle on note une volumineuse tumeur (double du rein normal) dépourvue de mobilité, la surface bosselée.

Les urines diminuent de quantité 1200 cc.

Nous décidons une opération.

Après incision nous arrivons facilement sur la tumeur rénale qui se dégage de son atmosphère celluleuse sans difficulté. Après avoir établi une double ligature sur le pédicule nous enlevons la tumeur.

Fermeture. Les suites furent excellentes. Pendant toute la

durée de la guérison (de 20 jours) la température ne s'éleva pas à plus de 37,9. Polyurie : 2.200 gr.

Le malade sort le 23 septembre.

Le malade a repris son travail n'éprouvant plus de douleurs et d'hématuries.

In Albarran 1901. — *Brin loco citato.*

Observation IV

Néphrectomie. — Guérison.

Homme 58 ans, il y a 5 ans hématuries. Signes de lithiase à gauche.

Rétention d'urine. Bon fonctionnement du rein droit.

Diagnostic. — Lithiase rénale.

Néphrectomie. — Rein polykystique avec calcul. Guérison.

CHAPITRE IV

Procédés Opératoires

LES OPÉRATIONS CONSERVATRICES

Par définition même, les opérations conservatrices sont celles qui ne déterminent pas de perte de la substance rénale. Toutefois nous rangerons parmi elles, la néphrectomie partielle dans laquelle on extirpe une partie du rein mais qui laisse un moignon rénal suffisant pour assurer, même au delà des besoins d'après Chavannaz et Lefebvre, l'uropoièse.

Dans son rapport de 1911, M. Brin ne classait dans les opérations conservatrices que, la néphrotomie, la néphropexie, la décapsulation simple, les ponctions ou incisions des kystes, et dans toute l'histoire médicale il trouvait seulement :

21 néphrotomies ou néphrostomies ;
9 néphropexies ;
3 décapsulations ;
15 ponctions ou incision des kystes.

A ces observations nous en avons ajouté quelques unes. C'est ainsi que nous avons réuni :

6 néphrotomies ;

2 décapsulations simples ;

1 néphropexie ;

en outre nous avons recueilli des observations indiquant des procédés nouveaux :

5 décapsulations avec excision des kystes ;

3 néphrectomies partielles,

enfin nous ne ferons que citer deux interventions pour complication des reins polykystiques, une incision de phlegmon périnéphrétique, une ablation de tumeur kystique pararénale chez un malade atteint de dégénérescence kystique des 2 reins.

Parmi les opérations conservatrices, la néphrotomie a été de beaucoup la plus pratiquée ; mais la néphrotomie simple ou incision du rein a souvent cédé la place à la néphrostomie c'est-à-dire à l'incision du rein suivi de drainage temporaire ou définitif du bassinet.

Des 27 néphrotomies réunies :

17 ont été faites pour des reins polykystiques simples.
7 pour des reins polykystiques suppurés,
1 pour un rein polykystique hydronéphrotique,
2 pour des reins polykystiques lithiasiques.

Quels en ont été les résultats ?

12 morts en quelques heures ou quelques jours soit une mortalité de 45 p. % supérieure par conséquent et de beaucoup à la mortalité de la néphrectomie.

Les morts sont-elles plus fréquentes dans les reins polykystiques compliqués ? On trouve :

Reins polykystiques simples...	5 cas
Reins polykystiques suppurés.	5 cas
Reins polykystiques calculeux.	2 cas
Reins polyk. hydronéphotiques.	0 cas

Ainsi la terminaison fatale est presque aussi fréquente globalement dans les reins polykystiques simples ou suppurés ; mais en réalité il n'y a que 5 morts sur 17 pour les reins polykystiques simples, 5 morts sur 7 pour les reins polykystiques suppurés. Quant aux reins calculeux, ils donnent une mortalité globale de 100 p. %, il est vrai que la néphrectomie dans ce cas n'a été tentée que deux fois.

Quelle est donc la cause de la mort :

Urémie	7 cas
Collapsus	2 cas
Hémorrhagie secondaire	1 cas
Causes non indiquées	2 cas

Toutes ces néphrotomies furent pratiquées par voie lombaire. Donc une mortalité de 49 p. % tel est le bilan d'une opération que certains chirurgiens voudraient substituer à la néphrectomie.

Peut-on s'appuyer sur les améliorations considérables obtenues dans quelques cas, on a même pas cette dernière ressource ; car la néphrotomie n'amène jamais la guérison. Que voyons-nous dans nos observations ?

On annonce souvent la guérison ou l'amélioration, mais on ne donne que rarement les résultats lointains tardifs.

Des 15 cas de soi-disant guérison nous ne possédons de renseignements que sur 5 cas.

Le malade d'Harrisson (50) revu après 2 ans, est encore bien portant, mais ses deux reins étaient déjà augmentés de volume lors de l'opération et n'ont point diminué. Il n'avait eu qu'une colique néphrétique ou une douleur simulant la colique néphrétique et celle-ci ne s'est point renouvelée ; c'est sa seule amélioration.

Le malade de Kammerer (57) n'avait comme tout symptôme qu'une oligurie peu marquée, on observe après l'opération une légère amélioration.

Le cas de Friedrich (45) plaide au contraire en faveur de la néphrotomie. Sa malade, très affaiblie, présentant des symptômes de compression du colon, retire de l'opération un grand bénéfice puisqu'on la retrouve 2 ans $\frac{1}{2}$ après jouissant d'une santé florissante.

C'est le seul cas d'amélioration véritable.

Bien plus souvent, on rencontre des complications où la néphrotomie ne suffit pas.

C'est ainsi que Curtis (32) se voit obligé de faire trois néphrotomies successives par suite de la formation d'une fistule sans aboutir à une guérison définitive des reins restant gros et légèrement douloureux. Dans une observation personnelle (obs. 24) nous relatons l'histoire d'un malade à qui le professeur Albaran fit aussi trois néphrotomies. A la suite de chaque néphrotomie, on observa une amélioration assez remarquable, mais un jour un chirurgien eut l'idée de faire une néphrectomie et depuis, le malade, à qui on n'a plus osé toucher en raison de la dis-

parition de son rein, n'a cessé de souffrir du rein unique qui lui reste. Dans deux autres cas, celui de Morrison (80) 1908 et de Rachel (113) 1906, la néphrotomie dut être suivie d'une néphrectomie secondaire peu de temps après.

Une autre malade citée par Pousson (101) semble guérie et meurt subitement 2 ans après avoir présenté de nouveaux signes d'atteinte au niveau du même rein.

D'autres chirurgiens se rendant compte de l'insuffisance de la néphrotomie, y associent un autre procédé.

Krotoszyner (60), fait une néphrotomie qui est suivie de fistule pendant plusieurs mois et deux ans après apparaissent des signes de néphrite du côté opposé. Il incise, ponctionne les kystes puis fait une décapsulation et une néphropexie, 15 mois après le malade allait très bien.

Pousson (101) obtient un succès relatif par une néphrotomie avec décapsulation ; 2 mois après le rein n'est plus douloureux, mais l'autre a augmenté de volume.

Puis Gordano (16), fait la même opération avec succès mais ce n'est plus là la néphrotomie simple.

Nous avons cru utile de faire une étude plus détaillée de la néphrotomie pour pouvoir donner notre avis sur la valeur de ce procédé dont certains chirurgiens décrivent les avantages avec enthousiasme. Or de notre étude il ressort clairement pour nous que ce procédé est déplorable.

Non seulement la mortalité opératoire s'élève à 45 p. %, mortalité bien supérieure, nous le répétons, à celle de la néphrectomie, non seulement on s'expose par le mode d'intervention, à des fistules interminables ou à des hé-

morrhagies, non seulement on n'a pu obtenir que des améliorations passagères tandis que la néphrectomie compte à son actif quelques guérisons, mais encore on n'échappe point par ce moyen, aux dangers de la néphrectomie puisque les 4/5 des malades succombent à l'urémie, ce qui prouve que l'intervention sur le rein plus touché a eu une répercussion fâcheuse sur celui du côté opposé.

Dans quels cas a-t-on donc pu avoir recours à une opération si dangereuse ?

Dans la plupart des cas c'est une suppuration des kystes qui a amené l'intervention et nous avons vu quels en ont été les résultats. Plus rarement ce sont des hématuries sur lesquelles la néphrotomie a été sans action, ou des douleurs qui n'ont été calmées que d'une façon passagère.

Une autre indication a été l'anurie. Sur 3 cas que nous avons relevés la néphrotomie a provoqué une amélioration sensible.

En résumé la néphrotomie est pour nous la plus détestable des opérations dans la dégénérescence kystique des reins. Nous ne craignons pas de dire que nous préférons de beaucoup la néphrotomie, dans tous les cas où on l'a préconisée, c'est-à-dire la suppuration des kystes, le gros rein polykystique lithiasique ou hydronéphrotique, sous la réserve que l'on connaît le bon fonctionnement du rein opposé.

La néphrotomie ne doit donc être qu'une opération de dernière nécessité à laquelle on recourt quand par exemple l'état des reins ne permet point d'employer la néphrectomie. Les résultats heureux dans le cas d'anurie

ont engagé M. Brin à la préconiser dans ce cas. Pour nous nous conseillons de ne l'utiliser que si les autres opérations conservatrices n'ont point réussi.

NÉPHROPEXIE

Les complications du gros rein polykystique ne sont donc justiciables que de la néphrectomie, mais il en est une l'hydronéphrose que l'on a essayé de traiter par un autre procédé : la néphropexie, procédé très justifié, puisque cette hydronéphrose, est presque toujours causée par le déplacement du rein malade. La néphropexie avait été tentée 9 fois au moment où M. Brin a présenté son rapport au Congrès, depuis nous n'avons pu recueillir qu'une observation.

Elle a été pratiquée 9 fois d'un seul côté, 1 fois dans un cas de Cassanello des 2 côtés.

Il y eut un seul cas de mort celui de Petterson (97), et encore par collapsus cardiaque.

Tous les autres ont guéri. La méthode de fixation employée a été le procédé de Guyon ; fils passés au travers du rein polykystique (Cassanello). Stromberg (130) passa deux fils dans la capsule fibreuse et le troisième dans le pôle inférieur du rein.

Billings (12) 2 fils dans la capsule. Il ne saurait être question des procédés à lambeau avec décapsulation partielle du rein. Cependant nous verrons que ce procédé a été employé dans un cas de décapsulation pour un rein polykystique hydronéphrotique.

Donc grande bénignité de l'opération. Voilà un premier point en faveur de la néphropexie.

Quels en ont été les résultats ?

La malade Billings (12), a guéri de l'opération, mais les urines contiennent du sang et de l'albumine ; les douleurs n'ont point disparu.

Newman (81), au contraire, déclare sa malade complètement guérie ; le rein aurait même diminué de volume.

Même résultat dans un cas de Milliard (76), les douleurs ont même ici disparu. Dans un autre cas, pas de modification de la tumeur ni des douleurs, mais on observe de l'augmentation de l'élimination de l'urée.

Cassanello (27 *bis*), fait une néphropexie double ; mais revue cinq ans après sa malade dit qu'elle souffre depuis 2 ans de coliques et elle a eu des hématuries. Dans un deuxième cas, il constate de la diminution des douleurs.

Stromberg (130), lui, a deux résultats très satisfaisants : une malade revue six mois après en excellent état, enceinte pour la 6e fois ; une autre malade, vue un an après, ne ressentant plus aucune des douleurs atroces d'avant l'opération.

Pour tous ces cas, l'opération opératoire fut la même : gros rein polykystique avec hydronéphrose, déplacé, mobile douloureux.

En dépit de ces bons résultats, M. Brin déclare qu'il préfère ne point s'adresser à la néphropexie ; la mobilité du rein polykystique, dit-il, étant le moindre de ces inconvénients ; mais la mobilité d'un tel rein est le plus souvent

cause de douleurs intolérables et ces douleurs, dont M. Brin ne dit d'ailleurs que quelques mots pour les rejeter comme rares, sont les plus fréquentes des causes d'intervention. C'est pour elles, que le chirurgien tourmenté par son malade se décide à « aller voir ».

Sans doute, nous sommes de son avis sur ce point que la néphropexie du rein polykystique doit être dans certains cas particulièrement difficile, mais cela ne nous empêche point de penser que la néphropexie opération très bénigne, devra être, le procédé de choix dans le gros rein polykystique hydronéphrotique mobile et ne céder la place qu'en cas d'impossibilité et de nécessité absolue à la néphrectomie ou en dernier lieu, si les 2 reins sont atteints, à la néphrotomie.

PONCTION ET INCISION

Un autre procédé a pu encore être proposé contre l'hydronéphrose du rein polykystique, le procédé des ponctions ou incision des kystes, dans lequel certains auteurs ont voulu voir le meilleur traitement curatif du rein polykystique.

M. Brin avait recueilli 12 observations de ponction. Nous y avons joint 3 nouvelles observations.

Rovsing (115), a, il y a peu de temps, publié un important travail pour défendre ce procédé. Malheureusement un examen impartial des faits ne semble point le recommander. Sur les 15 cas que nous possédons, la mort est en effet survenue 5 fois, ce qui fait une mortalité opératoire de 30 p. %. Le cas de Hollander (53), est cité partout. Une malade jeune vient le consulter pour l'appari-

tion d'une tumeur abdominale sans autre signe que 2 hématuries. Il ponctionne quelques kystes après incision lombaire. 8 jours après la malade meurt d'hématurie.

Dans 3 cas telle est la cause de la mort ; dans un dernier c'est le collapsus cardiaque.

Le bilan est donc fort peu brillant ; mais les résultats heureux ne compensent même pas ces accidents. Certains malades comme celle de Watson (145), conservent pendant cinq mois et plus une fistule fort incommode.

La malade de Siéber (125), voit ses douleurs réapparaître peu de temps après l'opération ; celle de Lund (72), ressent une amélioration pendant quelque temps, mais revue au bout de 15 mois, elle se plaint de maux de tête, d'anorexie, si elle a pu accoucher et peut encore travailler.

Stromberg (130), fait une ponction suivie de marsupialisation des 2 côtés. La guérison ne vient que difficilement avec une fistule comblée en 4 mois. 1 an après la malade va bien.

La malade de Farr (40), n'a été suivie que pendant un mois.

En revanche, Rosving (115), présente 3 cas de guérison parfaite : revus deux ans après ses malades sont en excellente santé. Leurs reins ont diminué de volume, leur urine est normale et l'excrétion de l'urée a augmenté. Il en est de même de la malade de Lindegger (71), à qui on fait une ponction exploratrice et qui se trouve complètement améliorée.

Néanmoins, nous restons sceptiques devant ces beaux résultats et nous ne pouvons oublier les cas défavorables trop nombreux. Nous voulons espérer que des fautes de de technique ont été les seules responsables des fâcheux résultats obtenus.

Pour le moment nous préférons attendre une plus longue expérience du procédé et nous pensons qu'il vaut mieux ne pas y recourir, les troubles, hématuries ou douleurs, qui ont déterminé l'emploi de la ponction étant nettement diminués ou supprimés par des opérations infiniment plus bénignes et que nous allons étudier dans un instant.

Toutefois, à côté des ponctions nous voulons citer, en passant, très rapidement les incisions des kystes qui ont pu être pratiquées pour des complications telle que la suppuration ; dire quelques mots enfin de l'ablation des tumeurs parakystiques compliquant un rein polykystique. Dans un cas d'abcès périnéphrétique Segond (123), a incisé la paroi, ouvert une masse dépendant du rein et dans laquelle il a trouvé deux poches contenant du pus. L'opération fut d'ailleurs suivie de la mort de la malade.

C'était cependant la seule conduite à tenir.

Dans un cas différent, M. Lejars (68), fit le diagnostic d'un rein polykystique, enleva une tumeur qui en avait tous les caractères. La malade mourut et l'on s'aperçut que la tumeur enlevée était une énorme masse kystique pararénale les 2 reins polykystiques, tous deux, étant restés dans leur loge.

Nous n'insisterons pas plus sur ces deux cas que nous

avons cités dans deux observations (Obs. 16 et 17 du groupe ponctions). Mais nous avons cru intéressant de les placer dans notre thèse puisque elle comporte l'étude de toutes les interventions chirurgicales dans le rein polykystique.

NEPHRECTOMIE PARTIELLE

Il nous reste maintenant à parler d'un procédé que MM. Chavannaz et Lefebvre ont présenté comme devant prendre la place de tous les autres puisque sans avoir les défauts de la néphrectomie totale il était curatif. Nous voulons dire la néphrectomie partielle.

Nous en avons réuni 3 cas. Siéber (125), dans sa thèse cite un cas de Bloch (16) 1891, mais ne nous dit que ce seul mot : guérison.

Renner (108), en 1910 opère une malade dont le cathétérisme urétéral montre les 2 reins profondément atteints Il fait une ponction des kystes et enlève la moitié d'un rein ; mais le résultat est, comme il fallait s'y attendre, peu satisfaisant et la malade, guérie de son intervention reste dans un état d'urémie chronique. Elle fut d'ailleurs suivie fort peu de temps.

Le malade de MM. Chavannaz et Lefebvre (28), fut au contraire longuement observé. Souffrant de grandes douleurs lombaires, de céphalées, présentant des troubles digestifs, il vient demander conseil.

On trouve une tumeur à gauche. On sent le rein droit.

On ouvre l'abdomen et on trouve un rein droit en pleine dégénérescence kystique, mais dégénérescence limitée

au pôle inférieur, le pôle supérieur n'étant que discrètement envahi.

MM. Chavannaz et Lefebvre ponctionnent les kystes superficiels et enlèvent la moitié inférieure du rein.

Les suites furent excellentes.

Les urines passent de 1000 gr. à 1700.

Et dans la suite varient de 1.200 à 2.500 gr.

Un an $\frac{1}{2}$ après la malade revient les voir.

Elle est très engraissée. Plus de céphalée, plus de troubles digestifs, seulement quelques douleurs lombaires. A la palpation on sent le moignon rénal droit tel qu'il était après opération et le rein gauche légèrement augmenté de volume.

L'examen des urines après cathétérisme montre que les ponctions rénales s'accomplissent bien. Se basant sur cette observation, MM. Chavannaz et Lefebvre partent en guerre contre les abstentionnistes et disent : « Il était naturel autrefois de ne point néphrectomiser un malade atteint de dégénérescence kystique des reins. « La notion « de la bilatéralité de l'affection, la crainte de l'anurie, « l'assurance de l'inefficacité de l'intervention, suffisaient « à justifier cette opinion. Quelques néphrectomies prati- « quées par erreur de diagnostic ou pour combattre les « complications ont montré qu'il fallait en appeler de cet « ostracisme ».

Puis ils citent des guérisons, déclarent que la notion de la bilatéralité immédiate et totale des lésions est fausse, que souvent le mal est unilatéral et ne devient bilatéral qu'au bout d'un temps assez long.

Ils continuent « Peut-être des interventions plus pré-
« cocement pratiquées, avant l'apparition de complica-
« tions menaçant la vie, permettront-elles de saisir les
« premières localisations du mal et de le traiter par la né-
« phrectomie partielle, opération très satisfaisante dans
« des cas bien déterminés puisque la dégénérescence kys-
« tique du rein ne constitue par un néoplasme suscepti-
« ble de se généraliser. Chez notre malade la néphrecto-
« mie était bien l'opération de choix puisque le rein était
« dégénéré surtout au niveau du pôle inférieur, le pôle
« supérieur n'étant que très discrètement atteint ».

Ils font ensuite une description enthousiaste de l'état nouveau de leur malade et terminent en disant : « Main-
« tenant que nous connaissons bien le retentissement fâ-
« cheux d'une lésion partielle du rein sur le rein tout
« entier ou sur son congénère, on peut se demander si
« l'ablation des principales masses kystiques n'a pas agi
« en supprimant un foyer de résorption toxique. C'est
« vraisemblablement, par ce mécanisme qu'il faut expli-
« quer l'amélioration fonctionnelle et l'arrêt de l'évolu-
« tion de la dégénérescence kystique qui commençait à
« envahir le pôle supérieur du rein droit, ce rein n'a pas
« grossit.

« Quant au rein gauche, s'il a augmenté de volume
« c'est vraisemblablement pas suite d'une hypertrophie
« compensatrice. Or la maladie kystique en 2 ans et non
« traitée, aurait certainement progressé.

« Ce résultat favorable doit faire prendre place à la né-

« phrectomie partielle dans la thérapeutique chirurgicale « du rein polykystique ».

Nous donnons volontiers à la néphrectomie partielle la place que réclament pour elle MM. Chavannaz et Lefebvre, nous lui donnerons même une des premières places mais nous lui ferons deux reproches : d'abord de léser forcément le parenchyme rénal, puisque dans le morceau de rein qu'on enlève, on n'a point le loisir de vérifier si tout est dégénéré ; ensuite de ne pouvoir être appliqué qu'à des cas extrêmement rares puisqu'elle implique la localisation du processus dégénératif à une portion du rein.

C'est donc là un procédé très précieux à qui nous donnerions la première place si le procédé de la décapsulation avec destruction de tous les kystes ne nous semblait bien préférable puisqu'il laisse intact tout le tissu rénal encore respecté par l'affection.

NEPHROTOMIES

In Tuffier 1897. — *Brin loco citato.*

Observation I

Néphrotomie. — Mort.

Femme, morte d'hémorragie secondaire en 48 h. Rein polykystique.

In Watson. — *Boston med and surger jornal 1897.*

Observation II

Néphrotomie bilatérale. — Amélioration.

Femme de 42 ans. Opération, néphrotomie bilatérale; drainage permanent du rein droit. Amélioration.

Dégénérescence kystique du rein gauche. Abcès du rein droit.

In Schmidt. — *Wurtemberger Correspondenzblatt 1898.*

Observation III

Néphrotomie. — Mort au bout de six mois.

Femme de 48 ans. Tumeur du côté gauche. Une ponction ramène du pus épais sanglant ; une 2e ponction, du liquide clair jaune.

Pus dans les urines.

Diagnostic. Pyonéphrose tuberculeuse ou lithiasique.

Néphrotomie gauche, tamponnage, drainage.

Suites. Guérison temporaire ; diminution lente de la tumeur; 6 mois et demi après mort dans des phénomènes urémiques. Reins polykystiques dont le gauche suppuré.

In Fenger. — *Amer. Jornal of the Sci., 1899.*

Observation IV

Néphrotomie marsupialisation. — Guérison.

Femme de 23 ans. Depuis l'âge de 14 ans prolapsus utérin, il y a 6 ans accès d'ictère avec nausées, vomissements, légère ascension thermique sans douleurs; pas de calcul dans les fèces. 3 ans plus tard, deuxième accès d'ictère.

Il y a 5 ans douleur sur la ligne mamelonnaire droite, au-dessous du rebord costal, tout à fait subite. Accentuation de la douleur par flexion de la jambe droite.

Accès pareils dans les 2 années suivantes; en même temps, mictions impérieuses fréquentes.

Il y a trois ans la malade remarque une tumeur dans son flanc droit.

Actuellement. Pâle et amaigrie. Tumeur a augmenté de dimension dans toutes les directions surtout vers le bas. Pas sensible à la pression. Solide, de surface régulière. Par pression sur la tumeur on détermine envie d'uriner.

Urines : jamais sanglantes quelquefois un peu d'albumine.

Opération. Incision de la poche d'hydronéphrose et renversement en dehors. Amélioration. Rein droit en dégénérescence kystique et hydronéphrose.

In Naumann. — *Hygieat Stockholm 1900.*

Observation V

Néphrotomie. — Guérison.

Femme 43 ans. 1er symptôme. Tumeur du rein droit depuis 2 ans.

Actuellement, après une chute, anurie subite. On sent des 2 côtés une tumeur rénale.

Opération. Néphrotomie gauche.

Suites : Amélioration. La sécrétion urinaire se rétablit peu à peu.

2 reins en dégénérescence kystique.

In Harrisson. — *The British Med. Jornal 1901* II.

Observation VI

Néphrotomie. — Amélioration.

Homme 31 ans, famille de goutteux. 1er symptôme : il y a 2 ans, hématurie indolore, persistant plusieurs jours. Hématurie qui se répète deux fois. Actuellement, dans les derniers temps, crise de colique rénale droite. Forte douleur terminale à la miction ; depuis 10 jours hématurie.

A la pression sur le rein droit, douleur vive. Tuméfaction dans les 2 régions lombaires. Les 2 reins surtout le droit, augmentés de volume et tendus, nettement bosselés; signes d'hypertrophie cardiaque. Urines : D. 1011. Réaction acide, pas encore libres de sang. Traces de pus et d'albumine, cristaux d'urates.

Néphrotomie droite, drainage. Amélioration.

Après deux ans le malade est encore bien portant ; pas d'albumine dans les urines. Les 2 reins sont encore bosselés mais n'ont pas augmenté de volume depuis 2 ans.

In Morris, Albarran et Imbert. — *Loc. citato.*

Observation VII

Néphrotomie bilatérale. — Amélioration

Homme de 50 ans. 1er symptôme: depuis plusieurs années douleurs lombaires droites.

Actuellement crises de douleur. Urines. Quantité quotidienne diminuée.

Diagnostic clinique. Lithiase rénale.

Opération : néphrectomie bilatérale. Amélioration.

Deux reins polykystiques.

In Kummel. — *Archiv. f. Klin. chirurg. 1901.*

Observation VIII

Néphrotomie bilatérale. — Mort.

Homme présentant des phénomènes d'urémie.

Urines : 500 cc. par jour. D : 1015.

Diagnostic. Obstruction des deux uretères par lithiase.

Néphrotomie double. Mort en collapsus. Reins polykystiques.

In Kammerer 1901. — *Brin loco citato.*

Observation IX

Néphrotomie. — Amélioration.

Homme 40 ans. Tumeurs région rénale gauche.

Pus dans l'urine. Oligurie.

Diagnostic. Calcul ayant entraîné la dégénérescence du rein gauche.

Incision du rein gauche jusqu'au bassinet. Ouverture des kystes.

Exploration du rein droit ; couvert de kystes mais plus petits.

Amélioration.

Le malade se porte bien et a augmenté de poids.

In Curtis 1901. — *Brin loco citato.*

Observation X

Trois néphrotomies. — Guérison relative.

Femme 29 ans. Large tumeur du rein gauche.

Incision exploratrice. Rein polykystique.

Incision et création d'une fistule lombaire. Fermeture trois mois après.

Phénomènes de rétention. Réouverture. Guérison. La fistule persiste. La malade peut travailler.

Le rein gauche est redevenu gros.

3 Néphrotomies.
Amélioration.

In Bazy. — *Bull. Soc. chirurgie 1902.*

Observation XI

Néphrotomie. — Mort.

Femme 25 ans. Signes généraux d'infection. Tumeur du rein gauche.

Opération. Néphrotomie gauche, incision et ouverture des kystes suppurés. Mort.

Les deux reins en dégénérescence kystique. Suppuration des kystes du rein gauche.

Friedrich. — *Deutsche med. Wochenschrift, 1903.*

Observation XII

Néphrotomie. — Guérison.

Femme 45 ans, mucus unilatérale énorme ; anéantissement complet des forces. Signes de compression du colon.

Opération. Néphrectomie unilatérale. Ouverture de nombreux kystes.

Guérison. Etat florissant 2 ans ½ après opération; la tumeur a diminué de volume. Pas d'augmentation de volume de l'autre rein.

Anat. path. L'opération a montré que les deux reins étaient en dégénérescence.

In Syme 1905. — *Brin loco citato.*

Observation XIII

Néphrotomie. — Urémie.

Femme. Grosse tumeur dans l'hypochondre droit.

Diagnostic. Kyste hydatique. Incision mort peu après d'urémie.

Observation XIV

Néphrotomie. — Mort.

Homme. Hématurie abondante.

Diagnostic : calcul rénal.

Néphrotomie.

Amélioration puis mort dans le coma.

In Willdinson 1905. — *Brin loco citato.*

Observation XV

Néphrotomie. — Mort.

Homme. Hématurie. Pas albumine.

Etat typhique.

Néphrotomie. Amélioration passagère. Mort dans le coma.

In Begouin 1906. — *Brin Congrès Urologie.*

Observation XVI

Néphrotomie.

Femme 20 ans, douleurs abdominales, deux masses en gâteaux.

Facies typhoïde, température 40°. Ballonnement.

Diagnostic. — Péritonite tuberculeuse avec poussées aiguës.

Ponction ramenant du pus puis incision d'un rein polykystique suppuré.

Résultat non indiqué.

Muller et Desgouttes. — *In Gazette des Hôpitaux, 1907.*

Observation XVII

Néphrotomie. — Mort.

C..., âgé de 38 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 17 août 1905 salle Carnot dans le service de M. Vallas.

Antécédents. — Hématurie six ans auparavant à la suite d'un traumatisme.

Pendant six ans ces hématuries réapparurent à deux ou trois reprises; hématuries légères de peu de durée, spontanées indolores.

Histoire actuelle. — Il y a trois jours sans cause, douleurs intenses, atroces dans la région lombaire droite. Hématuries. Température 39.

Examen. Tumeur volumineuse dans moitié droite de l'abdomen. Palpation très douloureuse. Grosse contracture de la paroi à gauche ; région rénale douloureuse mais pas de tumeur.

Pas pollakiurie ni de polyurie. Urines uniformément rouges mais claires ; ni mucus ni pus.

Diagnostic. — Lésions rénales ? mais étant donnée l'acuité des douleurs que rien ne calmait ; on se décide à l'opération, néphrotomie.

Opération. — L'incision faite par voie lombaire, mit à découvert un rein énorme bosselé. Après l'incision du parenchyme il s'écoule un demi-litre environ d'un liquide gélatiniforme, coloré en brun chocolat. L'exploration digitale du rein permit de sentir une poche anfractueuse, une masse de cavités nombreuses, remplies d'un contenu plus ou moins visqueux.

Les suites opératoires immédiates furent bonnes, les douleurs disparurent, le malade put reposer. La température descendit à 38°. La contracture abdominale s'atténua, la tumeur diminua notablement de volume, les hématuries cessèrent.

Après quinze jours d'amélioration, le malade se mit à souffrir de l'autre rein. En même temps ses urines redevinrent sanglantes et par la palpation on décela à gauche une tumeur qui devint rapidement aussi volumineuse que celle de droite avant la première intervention.

L'état général du malade resté bon jusque là se mit à décliner rapidement ; l'appétit et les forces se perdirent.

L'intensité des douleurs conduisit M. Vallers à pratiquer une deuxième néphrotomie.

Cette intervention amena un soulagement marqué des douleurs ; mais le malade s'affaiblit néanmoins rapidement et mourut quelques jours après, le 20 septembre 1905.

Autopsie. — Reins polykystiques en entier sans traces de parenchyme rénal sain.

In Krotoszyner 1909. — *Brin loco citato.*

Observation XVIII

Néphrotomie. — Guérison.

Femme 28 ans, gros rein gauche. Le rein droit n'est pas senti.

Néphrotomie gauche, rein polykystique suppuré. Guérison avec fistule pendant quelques mois. Deux ans après signes de néphrite. Gros rein droit. Incision. Ponctions. Décapsulation Néphropexie.

Va bien 15 mois après la 2e opération.

In Pousson 1911. — *Brin loco citato.*

Observation XIX

Néphrotomie. — Guérison.

Femme 34 ans, douleurs dans l'hypochondre gauche.

Tumeurs bilatérales, bosselures à gauche. Vomissements, céphalalgie, amaigrissement.

Urines claires, 100 à 1200 cc. en 24 heures.

Albumine, débris épithéliaux. Division des urines : élimination mauvaise des deux côtés. Epreuve de la phloridzine : nulle des deux côtés.

Rein polykystique double. Néphrotomie gauche. Guérison.

Va bien au bout de 4 semaines.

In Orillard 1894. — *Brin loco citato.*

Observation XX

Ouverture abcès. — Mort

Femme 41 ans. Tumeur de l'hypochondre droit. Cylindres et pus dans les urines.

Douleurs

Diagnostic. — Phlegmon périnéphrétique. Incision lombaire Ouverture d'un vaste abcès.

Mort d'urémie le surlendemain.

Autopsie. — Rein polykystique et pyonéphrose gauche. Calcul énorme urétéral.

In Pousson 1908. — *Brin loco citato.*

Observation XXI

Néphotomie. — Guérison

Homme 58 ans. Douleurs lombaires gauche. Rein gauche volumineux et douloureux. Expulsion de graviers. Pouls petit fréquent, irrégulier. Urines troubles purulentes, oligurie : 250 grammes en 24 heures.

Diagnostic. — Anurie calculeuse.

Néphrotomie gauche, guérison, maintenue deux ans, puis douleurs au niveau de ce rein, oligurie. Urines troubles. Mort subite.

In Pousson. — *Brin loco citato.*

Observation XXII

Néphrotomie et décapsulation. — Guérison

Homme 41 ans. Douleurs dans le côté gauche. Rein gauche gros et douloureux. Amaigrissement. Coliques néphrétiques avec expulsion de graviers.

Urines : 800 grammes avec 16 grammes d'urée.

Division des urines : Rein droit 2 cmc urée 108 pour 1000 ; rein gauche, 8 cmc, urée 9 pour 1000 ; un peu d'albumine des 2 côtés.

Diagnostic. — Calcul rénal gauche.

Décapsulation et néphrotomie gauche d'un rein polykystique.

Guérison. 2 mois après, le rein gauche n'est plus douloureux. Rein droit gros.

Urines : 1350, urée 1,50 pour 1.000, albumine 1 gramme.

In Giordano. — *Congrès Urologie 1911.*

Observation XXIII

Néphrotomie, décortication. — Guérison.

Homme de 37 ans. Syphilis à 20 ans non traitée par le mercure. Sujet aux bronchites ; pris il y a 8 jours d'une douleur vive au périnée. 3 jours après la douleur passe à l'hypogastre et urine avec beaucoup de peine du sang.

Entre à l'hôpital dans un état d'anémie grave avec strangurie et hématurie intense.

Urine : densité 1020 ; 8.5 pour 1000 d'urée.

Toucher rectal ne donne rien d'anormal à la prostate et au bas-fond vésical. Rein gauche douloureux et gros, descendant jusqu'à la crête iliaque.

Pole inférieur du rein droit accessible dans les inspirations profondes.

Foie débordant de 3 travers de doigt.

Séparation des urines : à droite, claires ; à gauche, hématiques ; en quantité égale des deux côtés.

Au microscope : abondance d'hématies et quelques leucocytes à gauche.

Diagnostic. — Hésitant entre maladie polykystique ou tumeur du rein gauche avec métastase hépatique.

Opération. — Incision exploratrice transverse sus-ombilico-lombaire gauche ; foie atteint d'hypertrophie simple ; petits

kystes au pôle inférieur du rein droit, gros rein polykystique gauche.

Décortication et néphrotomie de ce rein.

Suites opératoires bonnes. Traitement antisyphilitique.

Malade urine dans les premières 24 heures, 300 cc. d'urines sanguinolentes, mais elles s'éclaircissent rapidement et sont limpides le 15e jour.

Malade sort le 40e jour avec son rein gauche réduit d'un tiers ; son urine a une densité de 1.015 et contient 13.2 d'urée.

Anat. path. — Fragment de rein excisé pendant l'opération contenait des kystes de grosseur variable à contenu tantôt limpide tantôt purulent.

Examen histologique montre un processus diffus interstitiel dans le parenchyme rénal (sclérose glomérulaire et cylindres hyalins dans les tubulis.

Malade revu deux ans après : bon état général, urines limpides, foie normal, rein gauche encore diminué et ne dépassant pas la ligne ombilicale transversale, en revanche le rein droit a augmenté considérablement de volume.

Service Civiale. — *Lariboisière.* — Personnelle.

Observation XXIV

Néphrotomie puis néphrectomie. — Guérison avec troubles persistants

L... âgé de 29 ans. Antécédents héréditaires : Père mort de lithiase biliaire ; mère morte de tuberculose rénale, une sœur morte également d'une maladie du rein.

Antécédents personnels. — Rougeole pendant l'enfance. Polyurie (4 à 5 litres), et pollakyurie (toutes les heures) depuis sa plus tendre enfance, aussi loin que remontent ses souvenirs : cette pollakiurie est surtout diurne, toutefois il se réveille deux ou trois fois par nuit pour uriner. Dans son enfance, il se plaignait de quelques douleurs abdominales et

lombaires mais n'a jamais eu de grandes crises douloureuses ni d'hématuries.

Un an avant son départ pour le régiment apparaissent des signes plus probants. Tous les 4 ou 5 jours, le soir au moment du coucher, survient une crise douloureuse paroxystique d'autant plus marquée que le labeur journalier a été plus fort. C'est une douleur d'abord peu aiguë, siégeant au niveau de la région lombaire gauche sans irradiation vers la fesse ou le périnée, mais coïncidant avec une douleur siégeant dans le flanc gauche et descendant vers la fosse iliaque du même côté. Peu à peu ces douleurs s'exaspèrent, deviennent intolérables, le malade ne sait quelle position prendre, seul le décubitus dorsal calme un peu ces exacerbations douloureuses.

Pendant les crises pas d'autres phénomènes, pas d'hématuries, pas envies d'uriner, pas de troubles des autres appareils.

Après les crises, les douleurs *cessent complètement*, pas de miction immédiate, pas d'hématurie.

Le malade s'endort et ne présente aucun symptôme jusqu'à une nouvelle crise. A cette époque il part pour le service militaire et est incorporé au premier régiment de cuirassiers. Il monte à cheval malgré ses crises douloureuses qui persistent ; les urines sont plus abondantes sans que les mictions soient plus fréquentes ; une année après son incorporation, il s'aperçoit un matin qu'il urine du sang.

Cette *hématurie* survenue sans aucune fatigue préalable, sans douleurs, sans crise prémonitoire, est abondante, constituée par du sang rouge vif, dure 8 jours et cesse brusquement sans cause. Le malade qui avait été envoyé au Val-de-Grâce en sort réformé définitivement après un séjour de deux mois; il se retire dans sa famille où il ne suit aucun régime particulier.

Deux mois ½ après la première, nouvelle *hématurie* survenue avec les mêmes caractères qui dure trois jours ; le 2e jour la température est de 39° avec sueurs abondantes. Diminu-

tion très marquée des urines qui sont troubles et blanchâtres.

Vomissements peu abondants, bilieux le soir, ou alimentaires acides ; pas de douleurs gastriques, pas d'ictère.

Le malade entre à l'hôpital du Hâvre.

Diagnostic. — Rein polykystique.

La fièvre tombe au bout de 4 jours, on constate un amaigrissement de 5 à 6 kilos. La séparation des urines indique que les 2 reins sont pris.

Le malade est envoyé à Paris dans le service du professeur Albarran. Les crises douloureuses continuent, tous les mois : hématurie avec toujours mêmes caractères durant 2 à 3 jours. On note quelques troubles gastriques. Le professeur Albarran pratique la *néphrotomie.*

Après l'opération, pendant six mois le malade qui est retourné au Hâvre n'a plus de crises douloureuses, plus d'hématuries, plus de troubles gastriques et il engraisse.

Au bout de six mois, les crises douloureuses reviennent avec les mêmes caractères ; mais elles sont bilatérales.

Les hématuries réapparaissent aussi avec les mêmes caractères . Le malade retourne à Necker.

Nouvelle *Néphrotomie* gauche. Pendant un an et demi, plus d'hématurie, plus de crises ; mais le malade souffre de pyrosis, d'aigreur.

Au bout d'un an et demi, nouvelle réapparition des crises douloureuses, le malade rentre à Necker dans le service de M. Marion.

Nouvelle *néphrotomie ;* nouvelle sédation des symptômes douloureux pendant une année environ ; mais cette fois avec persistance des *hématuries.* Au bout d'un an (22 mai 1912) les douleurs reviennent ; un chirurgien du Hâvre pratique une *nephrectomie gauche* ; après cette opération douleurs *atroces* du côté droit, siégeant au même niveau, mais bien plus intenses et s'accompagnant d'une *hématurie* très abondante.

Depuis, le malade continue à souffrir par crises de date variable tous les 3 ou 4 jours en moyenne avec hématuries.

La polyurie atteint 4 à 5 litres ; pollakiurie très marquée. Le malade remplit un urinal toutes les heures et la nuit toutes les 3 ou 4 heures, parfois le malade perd la sensation d'uriner. Sueurs abondantes.

Du côté *digestif*, peu d'appétit, douleurs gastriques, constipation, une selle tous les 8 jours et encore avec lavement.

Du côté *pulmonaire* quelques craquements secs. Du côté *cardiaque* palpitations, parfois le malade est pale, anémié, très amaigri (il a perdu 10 kilos environ), pas d'ictère, ni même de subictère. Du côté de la région rénale : à gauche, *éventration* par la plaie opératoire ; à droite, la moindre pression éveille de violentes douleurs, mais permet de constater un gros rein, non bosselé, mobile.

Les urines contiennent une grande quantité de sang.

In Love et Richmond. — *Glasgow médical Journal 1902 premier semestre.*

Observation XXV

Néphrotomie. — Mort

Femme soignée d'abord pour maladie de Bright et améliorée, mais pendant 4 ans crises douloureuses, avec pus dans l'urine, mais jamais d'hématurie.

Opérée en septembre 1896 par Newmann pensant à une pyonéphrose ; *néphrotomie lombaire* ; rein polykystique.

Suites : vomissements incoercibles, diarrhée, mort le 3e jour. Pas d'autopsie.

In Michon. — *Congrès Urologie 1911.*

Observation XXVI

Néphrotomie. — Guérison passagère.

Femme. — Hématuries abondantes, anémie extrême. Déco-

loration des lèvres, affaiblissement progressif, augmentation de fréquence du pouls.

Diagnostic pas précis : Néoplasme du rein ?

Radiographie négative : Par la cystoscopie on avait cru que c'était l'uretère gauche qui saignait.

Opération : Rein polykystique. Néphrotomie avec drainage du bassinet. Suites d'abord heureuses ; urines redeviennent jaunes, état général se remonte; mais six semaines plus tard nouvelle hématurie.

Observation XXVII

Néphrotomie. — Guérison passagère.

Homme présentant des hématuries persistantes.

Néphrotomisé autrefois ; mais disparition du sang temporaire.

Hématurie s'accompagnant de douleurs rénales très vives, tantôt à droite, tantôt à gauche.

Cystoscopie montre que les 2 reins saignent alternativement.

Cathétérisme urétéraux avec lavage du bassinet faisaient disparaître ces crises et semblaient atténuer le saignement.

NEPHROPEXIES

In Petterson. — *Berichet in Virchow, Hirsch 1893.*

Observation I

Néphropexie. — Mort

Femme 33 ans.

Opération néphroraphie.

Morte d'asystolie.

In Billings. — *Chicago Med Recoder 1895* (289-295).

Observation II

Femme 33 ans, 3 ans avant, douleurs lombaires devenues très intenses en 1893; on constate alors tumeurs rénales, mobiles non douloureuses, facilement accessibles.

Curettage utérin pour ménorrhagie qui n'amène pas de soulagement à la douleur lombaire. Bon état général : tumeurs dans la région rénale des 2 côtés, plus grosse à gauche, descendant jusqu'à l'ombilic.

Opération novembre 1894, incision exploratrice lombaire découvre un rein atteint de dégénérescence polykystique caractéristique. *Nephropexie* par fils passés dans la capsule.

Suites : état actuel de la malade à peu près le même qu'au premier examen, mais l'urine contient du sang et de l'albumine et un peu de pus.

In Nadmann. — *Glasgow Med. journal 1897*

Observation III

Néphropexie. — Guérison

Femme 30 ans, douleurs abdominales, tumeur lombaire droite. Signes d'insuffisance rénale.

Néphropexie. Guérison. Rein diminue de volume.

In Milivard. — *Birmingham med. revue 1904.*

Observation IV

Femme 39 ans. Tumeur dure arrondie dans région rénale gauche, mobile, douloureuse à la palpation, rein également gros, mais ses limites ne sont pas nettes.

Urine 1014, acides, albumineuses et contenant quelques cellules de pus.

Diagnostic : Rein polykystique.

Opération : Néphropexie par 2 fortes sutures le 31 mai.

16 juin, plaie entièrement fermée.

24 juin, encore du pus dans l'urine, plus de douleurs, tumeur à gauche moins apparente.

Observation V

Femme 34 ans ; pas de maladies antérieures ; expulsion de 3 calculs il y a 4 ans. Douleur du côté gauche sur une ligne réunissant la 10e côte au ligament de Poupart. Cette douleur abdominale persiste pendant 4 ans, calmée par le repos, aggravée par la fatigue. Cette douleur s'accompagne parfois de dysurie. Il y a deux ans : hématurie récidivant à chaque promenade.

Examen : amaigrissement, paroi abdominale mince, à gauche tumeur dure s'étendant du rebord costal à la fosse iliaque, sensible à la palpation, mobile, à surface bosselée, matité à la percussion ; la tumeur au dire de la malade a grossi depuis 12 mois. A droite : aussi une tumeur mais plus petite, sensible seulement à la pression.

Opération. — Néphropexie du rein gauche, l'inspection du rein révéla une maladie ksytique.

Après l'opération : augmentation de l'urée.

In Cassanello 1907. — *Brin loco citato.*

Observation VI

Néphropexie double. — Guérison.

Femme 25 ans, douleurs lombaires, troubles digestifs.

Néphropexie double. Guérison.

Revue cinq ans après, a eu depuis 2 ans hématuries et coliques rénales.

Observation VII

Néphropexie. — Guérison

Femme 33 ans, douleurs, coliques rénales gauches. Fièvre, troubles vésicaux.

Néphropexie gauche.

Guérison. — Diminution des douleurs.

In Stromberg 1908. — *Brin loco citato.*

Observation VIII

Néphropexie droite. — Guérison.

Femme 28 ans. Douleurs à gauche et à droite.

Tumeurs bilatérales, bosselées.

Pollakiurie. Cathétérisme urétéral. Phloridzine. Fonctionnement semblable des 2 reins.

Néphropexie droite.

Guérison. — Revue 6 mois après, bon état, 6e grossesse.

Observation IX

Néphropexie. — Guérison

Femme 44 ans. Douleurs dans le flanc gauche. Tumeur dans l'hypochondre gauche, dure et bosselée ; albumine.

Fièvre 39°.

Cathétérisme urétéral.

Rein droit : Urines normales ; phloridzine, sucre.

Rein gauche : Urines purulentes, phloridzine = zéro.

Rein droit travail double du rein gauche.

Diagnostic. — Pyonéphrose.

Néphropexie gauche.

Guérison en 3 semaines, 1 an après va très bien. Plus de douleurs.

In Pasquereau. — *Congrès Urologie 1911*

Observation X

Néphropexie. — Guérison.

Femme 22 ans, Antécédents héréditaires : mère morte en couches, tuberculeuse, père bien portant.

Antécédents personnels : rougeôle et scarlatine à 5 ans ; rien du côté respiratoire.

Prise il y a 3 ans de violentes douleurs abdomino-lombaires droite, avec fièvre élevée et albuminurie, après un repos de deux mois la malade se sent rétablie.

Il y a un an, réapparition des douleurs qui persistent surtout à droite ; au mois de mai dernier, douleurs augmentant forcent la malade à interrompre tout travail.

Urines rares, sanguinolentes. La malade entre à l'hôpital.

Examen: léger amaigrissement, rien du côté du poumon, du cœur et de l'appareil génital.

Région lombaire gauche : Rien. Région lombaire droite : tumeur mobile ne dépassant pas la ligne ombilicale et ayant tous les caractères d'un gros rein, urines foncées.

Cystoscopie et analyse bactériologique prouvent que les deux reins sont malades.

Opération. — Néphropexie du rein droit par le procédé de Guyon et drainage.

Suites. — Réunion de la plaie par 1re intention. La malade sort le 21e jour, ne souffrant plus et urinant normalement.

Anat. path. — Le rein découvert présentait à sa surface un grand nombre de petits kystes contenant un liquide séro-sanguinolent.

PONCTIONS. — INCISIONS

In Farbes 1897. — *Brin loco citato.*

Observation I

Ponction. — Mort.

Homme, douleur et tumeur à gauche. Hématuries
Ponction et drainage des kystes, mort 1 semaine après.

Observation II

Ponction. — Mort.

Douleur et tumeur bosselée à gauche, albumine, plusieurs crises d'urémie.
Ponction. — Mort.

In Hollander. — *Deutsche Med. Wochenschrift 1898.*

Observation III

Ponction. — Mort.

Femme jeune. Premier signe : deux hématuries. Actuellement, pas de douleurs locales ; on sent le rein droit augmenté 2 ou 3 fois de volume, légèrement sensible à la pression. La surface est bosselée. La partie inférieure du rein gauche est suspecte aussi.

Urines, quantité quotidienne augmentée, albumine, cylindre, globules rouges et blancs.

Diagnotic. — Reins kystiques bilatéraux.

Opération. — Ponction de quelques kystes après incision pariétale.

Suites : mort 8 jours après hématuries.

In Sieber. — *Thèse Leipzig, 1905.*

Observation IV

Ponction. — Guérison.

Homme 40 ans. Médecin dont la sœur est morte de rein polykystique.

Il y a 3 ans, accès de fièvre, frisson qu'on crut être appendicite.

Depuis 2 ans, 3 accès de vives douleurs que le malade diagnostique, coliques intestinales, contipation et douleur cédant à des grands lavements intestinaux (3 litres). Dans la nuit du 20 au 21 mai défécation à la suite de plusieurs lavements; mais vives douleurs dans le dos et le flanc gauche, accompagnées de vomissements. Ses urines déposent depuis 2 ans.

Etat actuel.— Dans la région rénale gauche, tumeur du volume d'une tête d'enfant sensible à la pression. Rein droit un peu gros.

Opération. — Rein gauche polykystique. Incision de quelques kystes plus volumineux de contenu hémorragique.

Tamponnement. Pansement. Suites opératoires normales. Urines longtemps sanglantes

10 juin. — Attaques précédentes réapparaissent. Pas d'albumine dans les urines.

30 juin. — Plaie cicatrisée; pas de fistules, le malade se lève Petits accès de douleurs répétés incidemment. Après une amélioration passagère, les douleurs augmentèrent.

Observation V

Ponction. — Guérison.

Femme 46 ans. Tumeur rénale droite bosselée .Œdème. Céphalalgie. Vomissements, battements du cœur.

Cathétérisme urétéral ; quantité urine égale des deux côtés.

Incision lombaire droite, on ne peut arriver sur la tumeur. Laparotomie.

Double rein kystique.

Ponction des kystes.

Guérison. Pas de modification dans les urines.

In Lund 1906. — *Brin loc cit.*

Observation VI

Ponction. — Guérison

Femme 26 ans. Douleur tumeur à droite. Rein gauche à peine senti.

Œdème céphalalgie, cylindres.

Incision exploratrice des 2 côtés. 2 reins polykystiques.

Ponction des kystes.

Guérison. 15 mois après maux de tête, anorexie, sang dans les urines. Accouchement normal. Peut travailler.

In Bircher 1908. — *Brin loc. citato.*

Observation VII

Ponction. — Mort.

Homme 47 ans. Tumeur abdominale à droite, crises douloureuses. Amaigrissement. Temp. 38,5-39.

Diagnostic. Rein polykystique ou hydronéphrose.

Ponction et marsupialisation d'un gros kyste de la partie inférieure du rein droit.

Mort en collapsus.

In Stromberg 1908. — *Brin loc cit.*

Observation VIII

Ponction. — Guérison.

Tumeur et douleur dans l'hypochondre droit. Céphalée. Po-

lyurie. Cathéterisme et phloridzine : fonctionnement suffisant des reins.

Diagnostic. — Reins polykystiques.

Laparotomie. Reins polykystiques dont le droit est le plus pris.

Ponction des kystes du rein droit et marsupialisation.

Guérison avec fistule.

Au bout de 4 mois. Ponction et marsupialisation à gauche, 5 mois après accouchement. 1 an après, va bien.

In Blake 1910. — *Brin loc citato.*

Observation IX

Ponction. — Guérison.

Double rein polykystique.

Ponction. Guérison.

Mort quelques semaines plus tard par insuffisance rénale.

In Watson 1910. — *Brin loc citato.*

Observation X

Ponction. — Guérison.

Rein polykystique.

Ponction.

Guérison après fistule de durée 5 mois.

In Ravsing. — *In semaine medicale 1911.*

Observation XI

Ponction. — Guérison.

Homme 41 ans. Début il y a un an. Urines albumineuses aspect général cachectique.

Rein gauche très volumineux et il s'était produit quelques

hématuries. Diagnostic. Tumeur du rein gauche. Incision lombaire. Rein bosselé de 18 cc. et dont la surface est recouverte d'une multitude de kystes.

On fait une série de ponctions superficielles ou profondes ; après quoi le rein se trouva réduit de moitié. Plaie refermée sauf passage d'une mèche.

Durant les 3 premiers jours il s'écoule un peu d'urine le long de cette mèche. Légère fièvre. De plus la diurèse après avoir baissé remonta à son taux préopératoire 2 litres. Plus d'albumine.

Quant au patient il éprouvait un grand soulagement, et quand sa plaie fut cicatrisée il put reprendre son travail.

Mort 3 ans après d'urémie.

Observation XII

Ponction. — Guérison.

Femme de 55 ans. Tumeurs rénale droite. Urines albumineuses. Affection remontait à 3 ans.

Ouverture de la paroi, ponction de tous les kystes. Drain.

Suites opératoires parfaites: disparition des douleurs. Quantité d'urine tomba de 2500 cc. chiffre antérieur à l'opération à 1100 ou 1500 cc. Plus que des traces d'albumine. 2 ans ½ après malade va bien.

Observation XIII

Ponction.

Femme 52 ans. Depuis 5 ans douleurs. Amaigrissement. Cachexis, tumeur rénale gauche. Pôle inférieur du rein droit perceptible.

Double incision lombaire. Rein polykystique dont le gauche plus atteint.

Ponction du rein gauche. Suite excellentes sauf un suintement urineux les premiers jours. Les douleurs disparurent.

Urines pas d'albumines. Quantité, avant opération 400 cc. mais quelques jours avant sa sortie 1.250 cc. Quant au taux urée passé de 23,06 à 39,09 ce dernier chiffre 8 semaines après l'opération.

Avant cette dernière il n'en contient que 8 gr. par litre. Etat général bon.

FARR. — *Ame. Jornal of the Med Sc. 1892.*

OBSERVATION XIV

Ponction. — Amélioration.

Femme 59 ans. Mère morte du mal de Bright ; une sœur dans le coma. Un avortement. Pendant ses grossesses toujours vomissements excessifs. Il y a 7 ans, accès de fièvre et frisson, diagnostiqué fièvre paludéenne en même temps douleurs dans le flanc gauche qui augmentèrent de fréquence et d'intensité.

Un an plus tard, tumeur dans le flanc gauche qui augmente progressivement de volume.

Actuellement, pas troubles intestinaux ou urinaires.

Aspect cachectique.

L'abdomen est plein de masses irrégulières bosselées, du volume d'un utérus à la fin de la grossesse. Les 2/3 de cette tumeur sont à gauche de la ligne médiane.

Le toucher vaginal montre l'utérus profondément en arrière et à travers la paroi vaginale antérieure fortement tendue, on sent la paroi lisse des kystes. La tumeur est fluctuante et facilement mobilisable.

Urines. D : 1021. Couleur orangé claire. Réaction acide, trace d'albumine, quelques cylindres hyalins, cellules épithéliales et leucocytes.

Opération. — Laparotomie ; évacuation avec le trocart de 6 litres de pus fluide jaune.

Suites. — Amélioration. La malade est bien portante encore un mois plus tard.

Ant. patho. — Dégénérescence kystique du rein et hydronéphrose. Les autres kystes ne communiquent pas avec celui-ci mais ne contiennent pas non plus de pus.

In Lindegger. — *Thèse janvier 1896.*

Observation XV

Ponction. — Guérison.

Femme âgée de 69 ans.

Se portait très bien jusqu'à l'âge de 65 ans; à ce moment se plaint de dyspepsie, perte d'appétit, surtout ballonnement du ventre et constipation.

En novembre 1894, tout à coup violente douleur dans le côte droit du ventre et dans la région lombaire du même côté.

Constipation opiniâtre. Malade s'alite, Vésicatoire.

Purgation avec eau-de-vie allemande.

Pas de résultats.

Administration de podophylle, de magnésie. Les selles reviennent ; la douleur diminue mais persiste.

En 1895, nous la voyons à Paris.

Examen. — Tumeur bosselée dans le flanc droit de consistence ferme.

Malade non cachectique n'ayant jamais eu d'hématurie.

Diagnostic. — Gros rein polykystique.

Le 25 avril 1895. — Ponction aseptique qui donne lieu à un liquide trouble. On se décide à intervenir quand le malade se sentant mieux, s'y refuse. Suites excessivement favorables.

Urine 12-1500 gr.

Au bout de quinze jours, la malade a repris assez de forces pour sortir.

Puis douleurs disparues complètement et depuis la malade ne cesse pas de se bien porter.

In thèse Lejars 1888.

OBERVATION XVI

Abcès périnéphrétique avec gros reins polykystiques. Incision ouverture de 2 poches. — Mort.

Femme 47 ans, amaigrie pâle cachectique.

Père et mère morts de la poitrine. Elle même a eu une fluxion de poitrine il y a quelques années mais ne tousse plus depuis.

Menstruation pénible. Douleurs aux époques, si violentes qu'elle se roulait par terre.

Mariée neuf mois seulement. Pas d'enfant, pas de fausses couches. Depuis son mariage, règles régulières faciles.

Début maladie actuelle: il y a 15 ans douleurs sourdes dans les reins, surtout dans le décubitus dorsal. De temps en temps survenait une crise, les douleurs siégeaient surtout dans l'hypocondre droit irradiant dans le bas ventre et dans les cuisses.

En même temps urines rares ou absentes pendant 18 h. de suite.

Il y a 2 mois première hématurie avec caillot.

Ce n'est qu'il y a six semaines que la malade cesse tout travail.

Dès son entrée, douleur occupe région lombaire, flanc et fose iliaque droite, continue avec paroxysmes, irradie dans le bas ventre.

Urines claires en petites quantités sans dépôt, ni sang ni albumine ni sucre. Diarrhée, à plusieurs reprises pus et sang dans les garde robes.

Fièvre à oscillations. Frissons. Muguet. La malade entre alors dans le service du Profeseur Le Fort.

Tumeur volumineuse région lombaire vaguement délimitée, fluctuante. Peau rouge œdématiée en arrière.

Opération. — Une fois la paroi incisée couche par couche, sur le bord externe de la masse sacro lombaire, on tombe sur

une masse grisâtre et tendue. On y plonge le bistouri, il sort un flot de pus.

Lavage du foyer à l'eau boriquée. Au fond on sent une 2e poche tendue qui saille lorsque flanc refoulé à sa partie antérieure ; on la déchire avec le doigt ; il sort encore du pus.

Nouveau lavage ; 2 longs drains plongent jusqu'au fond de la cavité. Pansement.

Le soir la malade paraît soulagée, mais état général s'aggrave de plus en plus et trois jours après mort dans le coma.

Autopsie. — 2 reins polykystiques avec abcès périnéphrétique.

In Lejars. — *Bulletin Soc. chirurgie, 1907,* p. 270.

Observation XVII

Tumeurs polykystique pararénale 2 gros reins polykystiques. Ablation. — Mort.

Femme de 42 ans envoyée à St Antoine pour une tumeur de l'hypocondre gauche. Pas d'antécédents pathologiques.

Depuis un an environ, amaigrissement avec de temps en temps sensation de gêne et de plénitude dans le côté gauche du ventre, jamais de douleur aiguë. Habituellement constipée mais aucune crise d'obstruction.

Jamais de sang dans ses selles, mictions normales.

Urines 1.000 à 1.200 gr. sans jamais d'albumine ni sucre.

Sous l'arcade costale gauche et se prolongeant jusqu'à la hauteur de l'ombilic, on sentait une tumeur d'un volume approximatif d'un gros poing, un peu allongée de haut en bas et de dedans en dehors. De consistance ferme un peu dure, compacte, de surface légèrement bosselée, immobile et fixe dans la profondeur.

Au devant d'elle, on trouvait assez mal d'ailleurs, la sonorité du colon ; par l'exploration bimanuelle de la région rénale, on n'arrivait pas à percevoir la masse en arrière au contact de la paroi lombaire; on ne constatait pas nettement la présence du pôle inférieur du rein.

A droite, l'examen de la région rénale ne révélait que l'extrémité tout inférieure de cet organe. Les uretères et la vessie étaient normaux.

Diagnostic. — Tumeur rénale ou colique plutôt.

Opération. — Le 14 janvier, laparotomie. Le ventre ouvert je vais au colon transverse et à son angle gauche. Gros intestins indemne : la masse était rétropéritonéale et soulevait le feuillet supérieur du mésocolon transverse et le feuillet gauche du mésacolon descendant. Je refoulai l'intestin vers la ligne médiane, j'incisai le péritoine postérieur et je parvins alors sur une grosse tumeur qui désormais me paraissait nettement rénale et que je me mis en devoir de libérer.

La besogne fut des plus pénibles ; la tumeur kystique par place, mais qui semblait ferme et épaisse dans la plus grande partie de son étendue, était adhérente de tous côtés, se prolongeait en haut et en dedans, dans l'épaisseur du méso-colon transverse vers le pancréas, au devant de la colonne vertébrale au contact des gros vaisseaux. Pourtant j'isolai un pédicule très net que je liai deux fois.

La masse enlevée, la vaste cavité qu'elle occupait, saignait un peu en nappe, et je réunis à la paroi, les deux lèvres de l'incision péritonéale postérieure, et laissai une lamelle de gaze stérilisée. Tumeur enlevée ressemble à un rein polykystique.

Le premier jour urine 500 gr. le 2e jour 600 gr. et 800 gr. les jours suivants. Pas de signes d'intoxication. Etat général satisfaisant.

Mèche retirée au 3e jour.

Plaie normale.

Au 10e jour. La malade cesse d'uriner, tombe rapidement dans une torpeur cérébrale de mauvais augure, la respiration devint fréquente et irrégulière, les spasmes survinrent aux mains ; elle succombait le lendemain.

A l'autopsie. — Grosse tumeur polykystique pararénale. Deux gros reins polykystiques.

NÉPHRECTOMIES PARTIELLES

In Bloch 1891. — *Thèse Siéber Leipzig 1905.*

Observation I

Néphrectomie lombaire partielle. — Guérison.

Femme de 30 ans. Tumeur abdominale. Néphrectomie lombaire partielle. Guérison. Rein polykystique.

In Renner 1910. — *Brin loc. citato.*

Observation II

Ponction et néphrectomie partielle. — Guérison.

Femme 35 ans. Œdème ; hématuries. Gros rein gauche bosselé.

Rein droit non palpable.

Cathétérisme : Rein gauche insuffisant.

Rein droit gravement troublé.

Incision exploratrice à gauche.

Ponction des kystes et ablations de la moitié du rein.

Guérison. — Etat urémie chronique.

Chavannaz et Lefebvre. — *In Bulletin Soc. Chirurgie, 1912.*

Observation III

Néphrectomie partielle. — Guérison.

J. X..., 34 ans, entrée à la clinique gynécologique le 8 juillet 1910, pour une tumeur abdomen accompagnée de phénomènes douloureux.

Pas d'antécédents intéressants.

Début maladie imprécis.

Depuis longtemps la malade avait maigri, jauni ; se plaignait de céphalée rebelles à toute thérapeutique. Depuis six mois les légères douleurs dans la région lombaire qu'elle avait toujours accusées, se sont accrues surtout à droite. Ces douleurs s'irradient dans le flanc de l'hypocondre droit sans descendre vers la région inguinale; maximum le soir ou après des fatigues particulières calmées par le repos n'ont jamais présenté les caractères de la colique néphrétique.

Mictions normales, non douloureuses. Polyurie, mais jamais d'hématurie. Depuis six mois aussi céphalées plus fortes plus tenaces, de siège frontal. Etat nauséeux perpétuel et quelques troubles digestifs.

A signaler quelques bourdonnements d'oreilles. Pas d'œdème, pas de crampe, pas d'épistaxis ; aucun trouble visuel.

Diagnostic d'un médecin : néoplasme gastrique.

Etat actuel. Teint jaune paille. Abdomen non distendu. Pas de circulation collatérale.

Dans l'hypocondre droit on perçoit une tumeur vaguement arrondie, dimension d'une tête fœtale.

A grand axe vertical cette tumeur atteint l'épine iliaque antéro supérieure en bas, affleure l'ombilic en dedans, s'abaisse dans les mouvements d'inspiration ; arrondie et bosselée, indolore, elle est indépendante du bord inférieur du foie.

Du côté gauche on sent le pôle inférieur du rein, un peu augmenté de volume, non douloureux.

On pense qu'il s'agit d'une hydronéphrose, kystes hydatiques, rein polykystique.

On pratique examen du sang des urines, la réaction de Wemberg Paron, le cathétérisme des uretères.

Opération. — Le 8 juillet 1910, par MM. Chavannaz et Lefebvre, anesthésie mixte : chloroforme précédé de somnoforme. Laparotomie sur le bord externe du muscle grand droit. La tumeur sous péritonéale refoule en avant et en dedans le

colon ascendant. Incision du péritoine postérieur, et dégagement du pôle inférieur de la tumeur qui apparaît comme celui d'un rein polykystique typique ; c'est une agglomération de petits kystes de volume variables ; cette dégénérescence s'étend à tout le rein, jusques et y compris le pôle supérieur ; mais alors que le pôle inférieur du rein est énorme, bosselé et présente de gros kystes, le pôle supérieur est très discrètement envahi ; çà et là un petit kyste gros comme une cerise. Rein légèrement basculé regarde par son hile en haut et en dedans ; uretère contourne masse inférieure mais pas de rétrécissement par des coudures.

Après avoir dégagé le rein, évacué par ponctions les kystes les plus volumineux, on pratique une néphrectomie partielle. Le segment du rein enlevé comprend tout le pôle inférieur du rein avec la ½ inférieure du bassinet. C'est donc une hemi-néphrectomie inférieure s'arrêtant en haut au ras de l'abouchement de l'uretère dans le bassinet.

La tranche de section blanchâtre, en forme de coin, laisse voir les cavités kystiques séparées par des cloisons présentant des artères qui sont liées au catgut n° 1, après transfixation des cloisons ; un explorateur de Desjardin est introduit dans l'uretère par le bassinet béant. La coque rénale est suturée au catgut n° 1 et n° 0, l'explorateur est laissé dans l'uretère jusqu'au dernier point de suture ; à ce moment il est retiré et le dernier point placé à la jonction du bassinet et de l'uretère. Le péritoine postérieur est suturé au péritoine antérieur de manière à marsupialiser en quelque sorte la loge lombaire. Une mèche de gaze légèrement tassée est placée au niveau du point jadis occupé par le pôle inférieur du rein ; un drain sans trou est mis au contact du bassinet ; ce drain se continue avec un tube plongeant dans un récipient en contre-bas, comme s'il s'agissait du drainage du canal hépatique. Suture de la paroi à trois plans, renforcée par trois fils d'argent.

Suites opératoires excellentes ; pas le moindre écoulement

par le dranage enlevé au 8e jour. La plaie guérit parfaitement.

Urines. Avant intervention 500 à 1.000 gr., le lendemain de l'opération 650 gr. le 2e et le 3e jour 1000 grammes ; le 4e jour 1.700 gr. et dans la suite la quantité varie de 1.200 à 2.500 gr. Trois semaines après opération, impossible percevoir moignon rénal caché sous foie. Rein gauche un peu plus volumineux qu'avant intervention. Etat général meilleur ; céphalées disparues.

Quitte l'hôpital en parfaite santé.

27 décembre 1911. Sur notre demande revient dans le service.

Malade très engraissée.

Plus de céphalées, plus de troubles digestifs, seulement quelques douleurs lombaires. Cicatrice en excellent état.

A la palpation on sent le moignon rénal droit tel qu'il était après opération.

A gauche, rein légèrement grossi. L'examen des urines, le cathétérisme des uretères montre que les fonctions rénales s'accomplissent bien.

CHAPITRE V

I. == La Décapsulation simple

II. == La Décapsulation avec excision des Kystes

I. — DÉCAPSULATION SIMPLE

Nous avons vu que M. Brin rangeait encore parmi les opérations conservatrices la décapsulation rénale et l'excision des kystes ; mais il se contente de dire que cette intervention n'a été tentée que deux fois et que ce mode de traitement est peu applicable au rein polykystique.

Il va même jusqu'à prétendre qu'elle est pratiquement impossible.

Nous ne partageons nullement son opinion du moins en ce qui concerne la décapsulation aidée de l'excision des kystes, car il nous a semblé que M. Brin ne faisait allusion qu'à la décapsulation simple.

Nous consacrerons donc ce dernier chapitre à l'étude de la décapsulation simple ; puis d'un nouveau procédé, la décapsulation avec excision des kystes.

M. Brin n'avait trouvé en 1911 que trois cas de décap-

sulation simple et encore le premier cas était-il en réalité une néphrotomie associée à la décapsulation. Krotoszyner (60), avait également ajouté une décapsulation à une ponction, incision des kystes superficiels et néphrotomie.

Nous laisserons volontairement de côté ces interventions compliquées dans lesquelles il est bien difficile de retrouver le fait qui revient à tel ou tel procédé.

Seul Poussón d'ailleurs a obtenu un résultat satisfaisant.

Depuis 1911, nous avons relevé quatre nouveaux cas, ce qui porte à 6 cas le total des décapsulations simples effectuées à notre connaissance. Ces décapsulations ont toutes été pratiquées pour des reins polykystiques simples.

Il n'y a eu qu'un cas de mort celui de Patel (94 bis), cas que M. Brin met en avant pour proscrire la décapsulation, mais si on analyse minutieusement l'observation de Patel on s'aperçoit que, le diagnostic d'anurie calculeuse avait été porté avec assez de vraisemblance, puisque la malade avait émis des graviers. L'anurie était donc due selon toute probabilité à l'obstruction de l'uretère par un calcul et l'on comprend facilement que la décapsulation n'ait pu avoir aucune action sur l'évolution de la maladie, d'autant que l'anurie existait déjà depuis six jours.

Cependant dans le cas cité par Canez (27), l'amélioration n'est pas non plus très sensible, puisque soulagée pendant les premiers jours, la malade recommence à souffrir. Le cas d'Edebohle (38 *bis*), ne nous permet pas

de donner des conclusions précises, car il nous dit seulement qu'il y a eu guérison.

Heureusement, l'année dernière trois cas ont été cités, qui semblent devoir remettre un peu en honneur la décapsulation simple.

Ceux de Steiner (127), qui pratique la décapsulation pour des hématuries répétées et très abondantes et voit à la suite des interventions, cesser tout écoulement de sang.

Celui rapporté par Van Bisseliech (141). Le professeur Rothans opérant une malade pour des douleurs intenses et des troubles digestifs très marqués, pratique une décapsulation et constate une amélioration complète, augmentation de la quantité d'urine, de la quantité d'urée éliminée, disparition des douleurs.

Six mois après, la malade était en excellent état. Plus de douleurs, plus de troubles digestifs. Les reins étaient toujours palpables.

Tels sont les résultats de la décapsulation. Dans quels cas est-on intervenu ?

Nous avons vu que l'anurie avait été la cause déterminante de l'intervention de Patel. Dans d'autres cas ce sont les hématuries ou les douleurs.

Que conclure de cette analyse ?

M. Brin, avons-nous dit, se décide nettement pour la condamnation de la décapsulation. Il déclare tout d'abord que c'est une opération relativement grave et qui n'a jamais amené une amélioration complète.

Nous avons exposé plus haut les raisons qui nous empêchaient de croire à la gravité de cette intervention,

nous ne pensons pas, (c'est là le seul renseignement que nous retirons du cas malheureux de Patel,) nous ne pensons pas qu'on doive employer la décapsulation simple contre l'anurie.

Mais les hématuries persistantes ont cessé complètement d'après Steiner à la suite d'une décapsulation il en est de même des douleurs et des troubles digestifs dans l'observation de van Bisseliek.

Nous ne voyons donc aucun inconvénient à ce qu'on se serve de la décapsulation en pareil cas si toutefois celle-ci est possible. Le principal argument de M. Brin est en effet la difficulté de la décapsulation d'un rein polykystique. Patel dit qu'il fallut dilacérer les capsules, ce qui ouvrit plusieurs kystes et donna une hémorragie assez abondante, le drainage fut nécessaire. M. Brin relatant ce cas, conclut en disant que dans le vrai rein polykystique à grappe de raisin, la capsule propre est impossible à détacher de la paroi des kystes dont elle fait en réalité partie : on ne réussirait donc qu'à crever les kystes superficiels et non à faire une décapsulation.

Cette objection est très judicieuse, aussi estimons-nous que dans presque tous les cas la décapsulation simple doit céder le pas à la décapsulation avec excision de tous les kystes.

DÉCAPSULATION SIMPLE

In Thèse Carrey. — *Lyon 1901.*

Observation I

Observation due a M. Delore.

Incision exploratrice. — Décapsulation.

Rein polykystique gauche. — Incision exploratrice. Amélioration.

J. Th. jeune fille âgée de 27 ans, entre dans le service du D. Poncet le 20 septembre 1900 pour tumur région lombaire gauche. Personnellement quelques bronchites. Règles à 16 ans ; à plusieurs reprises traitée pour anémie. Mère atteinte d'un double rein polykystique.

La maladie actuelle a débuté il y a six mois par quelques troubles digestifs, douleurs lombaires, vomissements qui, répétés à intervalle de 10 à 12 jours, simulèrent pendant quelque temps de banales indigestions. Cependant la malade perdait l'appétit ; l'amaigrissement faisait des progrès rapides par les troubles de l'alimentation et le diagnostic resta toujours hésitant.

C'est alors qu'apparut une tumeur rénale gauche qui fut mise sur le compte d'une dégénérescence sarcomateuse.

A son entrée à l'hôpital, cette jeune fille frappe par sa pâleur et son aspect général cachectique. Elle se plaint de douleurs lombaires gauches avec irradiations dans la cuisse plus particulièrement dans le domaine du fémoro-cutané.

On constate à la palpation de la région lombaire gauche, une volumineuse tumeur donnant nettement le signe du ballottement rénal. Elle paraît lisse, d'une consistance uniformément rénittente et ne semble pas adhérer aux plans profonds, car elle se mobilise assez aisément dans le sens trans-

versal; son extrémité supérieure remonte au dessous du diaphragme, son extrémité inférieure arrive dans la fosse iliaque qu'elle remplit presque tout entière; cette tumeur est indolente à l'examen. La rate est saine de même que le foie. La malade accuse une diarrhée presque continue, un peu de dyspnée qui doit être attribuée sans doute au refoulement du diaphragme. Le cœur a des battements normaux comme timbre et au nombre de 90 à 100 par minute.

On constate un développement marqué de la circulation collatérale sur paroi abdominale à gauche. Enfin il existe œdème léger des deux régions du cou de pied et de la région lombaire gauche.

Les urines très limpides n'ont jamais été ni troubles ni hématuriques.

La température oscille entre 38.4 le soir et 37.4 le matin.

Le diagnostic de sarcome fut d'abord posé, puis la constatation d'une maladie polykystique chez la mère de la malade, fit porter le diagnostic à la même affection.

Le 26 septembre 1900, en raison de l'âge de la malade et de ses sollicitations, aussi bien que par la difficulté du dianostic, nous pratiquâmes une incision lombaire. Le rein mis à nu et décapsulé était polykystique. Les kystes contenaient un liquide séreux, sans aucun dépôt; de volume variant de celui d'une graine de raisin à celui d'une orange. Fermeture de la plaie.

Le 26 octobre, la malade soulagée pendant les premiers jours, probablement par la décongestion de la région, a recommencé à souffrir. La plaie guérit rapidement, sans fièvre.

Cependant la malade part avec un mauvais état général.

In Edebohls *1903*. — *Brin loco citato.*

Observation II

Décapsulation double. — Guérison.

Femme. Rein polykystique double.

In Patel *1906*. — *Brin loco citato.*

Observation III

Décapsulation gauche. — Mort

Femme 49 ans, Coliques néphrétiques.
Emission de graviers.
Rein gauche douloureux.
Rein droit gros, indolore.
Anurie depuis six jours.
Dyspnée ; myosis. — Temp. 39.5.

Diagnostic. — Anurie calculeuse. Décapsulation du rein gauche. Mort 5 jours après dans le coma.

Autopsie. — 2 reins polykystiques ; rein gauche, 370 gr. ; 4 calculs dans le bassinet. Rein droit : 480 gr. ; 2 calculs dans le bassinet.

In Van Bisselick. — *Annal. Genito Urines 1912.*

Observation IV

Incision de la capsule rénale pour rein polykystique ayant déterminé de l'occlusion. — Guérison.

Homme âgé de 50 ans, entre à l'hôpital le 30 octobre 1911 avec diagnostic ileus ; deux jours et demi auparavant est apparu un gonflement du ventre accompagné de vomissements.

Depuis lors, arrêt des matières et des gaz ; difficulté considérable pour uriner.

Il se plaint à son entrée de sentir au côté gauche une pression et une douleur très vive quand on le touche.

Pas d'antécédents, léger amaigrissement.

Examen. — Dans le flanc gauche on constate une tuméfaction locale avec défense musculaire très forte, douleur très vive et matité.

La pression exercée sur le côté est très douloureuse et éveille, même en arrière, des nausées.

Paroi du ventre peu tendue. Matité hépatique conservée. Ventre partout sonore.

Rien d'anormal à l'examen des urines.

Diagnostic. — Tumeur du colon descendant. On fait une fistule locale par laquelle s'écoule une certaine quantité de matières fécales fétides et liquides.

La tension du ventre diminue si bien qu'on délimite l'existence d'une tumeur tendue, fluctuente, sans bosselure. Une ponction faite en arrière, à gauche, laisse échapper une humeur jaunâtre, légèrement trouble contenant un peu de sang et un peu d'albumine.

La tumeur ballottante semble une hydronéphrose.

On décide de faire la cystoscopie et le sondage des uretères.

La cystoscopie ne révèle rien d'anormal. Par le cathétérisme on put voir qu'il y avait obstruction de l'uretère gauche.

En ce qui concerne la fonction du rein droit, les résultats sans être mauvais, n'étaient point tout à fait concluants en vue d'une néphrectomie.

Le 16 novembre, mise à jour du rein gauche par le professeur Rotgans.

Incision de la capsule. Ponction de quelques kystes. Soudain un kyste rempli de sang et de deux caillots de la grosseur du poing éclata. La capsule du rein fut fendue, tous les caillots en furent, autant que possible retirés et la cavité du rein fut tamponnée.

La plaie se cicatrisa vite.

Le 2 décembre, on ferma sans peine la fistule cœcale et on reconnut également du côté droit une tumeur ballotante du rein qui maintenant était visiblement plus petite que celle du rein gauche, bien que celle-ci eut diminué depuis l'opération. La quantité d'urée qui était de 15 gr. 2 heures avant, monte à 20 gr. 8 après l'opération.

Le 20 décembre le malade sort guéri avec un petit tampon dans la plaie du rein.

Le 20 janvier le malade revint ; il allait aussi bien que possible et la plaie était fermée.

Le 15 février, le malade revient encore une fois.

Il urinait parfaitement et sans peine et se sentait bien.

L'urine était normale, de densité 1016, sans albumine et non sanglante. Urée 15 gr. par litre.

Il n'avait plus de diarrhée, plus de douleur, ses selles étaient normales ; des deux côtés les 2 tumeurs étaient toujours palpables, présentant nettement le ballottement rénal avec mobilité respiratoire.

In Steiner. — *1912.*

Observation V

Décapsulation. — Guérison.

Hématuries ont cessé.

Observation VI

Décapsulation. — Guérison.

Hématuries ont cessé.

II. — DÉCAPSULATION AVEC EXCISION DE TOUS LES KYSTES

M. Brin dans son rapport au Congrès d'Urologie ne dit pas un mot de cette intervention ; ou s'il la cite, c'est en passant. Il la jette dédaigneusement sans même la discuter.

Et cependant ce n'est point une nouvelle venue dans l'histoire médico chirurgicale. Nous avons décrit dans notre historique les paroles enthousiastes par lesquelles Taendler (133) saluait son apparition. Cette apparition n'eut point de lendemain et il a fallu attendre dix ans,

avant qu'on ne puisse citer un nouveau cas. Encore ces cas sont-ils isolés et fort peu nombreux puisqu'on en compte 5 en tout.

Pourtant les prévisions de Tendler ont été tout à fait vérifiées par ces interventions ; car leurs résultats furent fort heureux.

On ne relève pas un cas de mort. Aucune aggravation dans l'état du malade.

Le malade de Tendler (133) avait des mictions impérieuses et fréquentes, ressentait des douleurs atroces sous forme de crises aboutissant à l'élimination d'un calcul ; puis les douleurs deviennent constantes, s'accompagnent d'hématurie et d'amaigrissement, d'atteinte de l'état général. On fait alors une néphrectomie droite.

Mais deux mois après la malade revient. Elle se plaint de ne plus émettre d'urines depuis neuf jours. Céphalée, vertiges, toux, signes d'urémie commençante.

On découvre le rein et on le trouve couvert d'une multitude de petits kystes.

On décortique le rein, écrasant ou excisant les kystes superficiels, on introduit le doigt jusque dans le bassinet, détruisant sur son passage tous les kystes.

Dans les premiers jours qui suivent l'opération on dut changer plusieurs fois le pansement que l'urine souillait, mais on laisse les tampons.

Cinq jours après se produit un écoulement spontané d'urine.

Le 12 octobre, à la sortie de l'hôpital, la malade est

beaucoup améliorée ; quantité urine 1400-1500 cc. Traces d'albumine, pas de sang, densité normale.

Léger œdème des cuisses.

On considère la malade comme guérie. Revue en janvier 94, six mois après, la malade se porte très bien et continue ses occupations habituelles.

Voilà une malade vouée à une mort certaine de par l'urémie qui la guettait et qui a été sauvée par la décapsulation avec excision des kystes. Ici l'indication a été l'anurie et on a d'ailleurs entrepris l'opération sur un diagnostic erroné puisqu'on pensait à une lithiase.

La malade de Friedrich (45), a guéri, c'est tout ce que nous savons sur elle ; ignorant même, ce pourquoi elle fut opérée.

Küster (62) recommande après avoir ouvert les kystes superficiels de les exciser le plus complètement possible, afin d'éviter qu'ils se remplissent de nouveau ; mais il ne dit pas combien de fois il a suivi cette technique et ne nous donne aucun renseignement sur ses malades.

Dans le cas de Bircher (11), la guérison est complète ; la malade qui était venue consulter pour des hématuries, de la dyspnée, surtout des crises douloureuses intenses, qui avait déjà de l'albumine dans ses urines, se trouve complétement guérie 7 mois après l'opération.

Enfin dans nos deux observations personnelles, les malades subissent également une grande amélioration.

Dans un premier cas il s'agissait d'une malade qui était venue consulter pour les douleurs continuelles, lancinantes survenant sous forme de crises. A la palpation

on sentait dans la fosse lombaire, une masse volumineuse, mobile et à gauche le rein était augmenté de volume. L'examen des urines nous révèle que les deux reins ont un fonctionnement insuffisant.

On décide l'opération. On tombe sur un rein polykystique, qu'on décapsule et fixe à la paroi.

23 jours après la malade quittait l'hôpital complètement améliorée ; mais quatre mois après elle revenait avec des douleurs semblables du côté opposé. On fait une nouvelle décapsulation et on excise une partie des kystes.

Revue en juillet 1913, la malade est en parfaite santé, n'accuse plus aucune douleur et ses fonctions rénales s'accomplissent de façon très satisfaisante.

Notre dernier cas est peu probant. Sans doute la malade ne souffre pas autant ; mais ses fonctions rénales n'ont point été modifiées de façon appréciable par l'intervention ; d'autre part il y a trop peu de temps que celle-ci a eu lieu pour qu'on puisse en tirer des déductions quelconques. Néanmoins nous croyons que les quelques cas cités plus haut suffisent à justifier notre tentative de réhabilitation de cette opération. Quelles en ont été les indications ? Nous avons vu que dans un cas c'est l'anurie ; dans les autres cas ce furent les douleurs et les hématuries.

Pas de morts, pas d'aggravations de l'état, 5 guérisons ou améliorations sur cinq cas, tel est le bilan de cette intervention. Opération très bénigne, dont les résultats sont toujours très heureux, dont l'action est aussi décisive contre les hématuries et les douleurs que contre l'anu-

rie. La décapsulation avec excision des kystes nous paraît être l'opération de choix dans le rein polykystique.

Peut-on aller plus loin et lui reconnaître un pouvoir curatif ? Ce serait peut-être aller vite en besogne. Un plus grand nombre d'observations est nécessaire et il serait surtout indispensable de suivre les malades pendant une durée plus longue.

Néanmoins à priori cette conception n'est pas dénuée de tout fondement.

Nous avons vu en effet que la maladie polykystique, résultant d'une dysembryoplastie, ne progressait que par les poussées de néphrite chronique causées par la présence des kystes ; or la destruction des kystes doit avoir une action très nette sur cette néphrite et en arrêter l'évolution.

En tous cas par ce procédé on ne lèse en aucune façon le parenchyme rénal et on n'enlève que les portions pathologiques du rein. La décapsulation avec excision des kystes est donc l'opération idéale dans le rein polykystique simple non compliquée et elle doit être employée dans tous les cas si des complications spéciales ne nécessitent pas le recours à la néphrectomie.

DÉCAPSULATION AVEC EXCISION DES KYSTES

Observation I

In Thèse de Taendler. — *Wurzburg 1894.*

Femme S. N... âgée de 44 ans, non mariée, entre à l'hôpital le 2 juin 1893, dans le service du Dr Schonborn.

Commémoratifs. — Parents morts : le père d'une maladie de poitrine, la mère d'hydropisie ; deux sœurs en bonne santé ; deux sœurs mortes de tumeur abdominale.

Réglée à l'âge de 15 ans, régulièrement. 1 enfant mort jeune.

Jamais malade.

Histoire de la maladie. — Début il y a plus de 7 ans, par des envies impérieuses et fréquentes d'uriner précédant des envies de vomir.

En même temps elle souffrait dans la région lombaire gauche sous forme de crises survenant environ deux fois par an ; mais depuis un an, elle n'en avait pas eu et chaque fois ces crises cessaient à la suite d'élimination de calcul.

Trois ans auparavant elle émit pour la première fois une urine sanguinolente à la suite d'une irritation des voies urinaires mais sans douleur.

Le symptôme disparut sans traitement. Pour cette fois là, il ne pouvait être question d'une hématurie lithiasique. Il y a environ un an, les hématuries réapparurent sans douleur sans émission de pierre.

Il y a deux ans, la malade éprouva d'abord des douleurs dans la région lombaire droite. Elle n'y prêta d'abord pas attention jusqu'au moment où ces douleurs devinrent plus violentes et progressèrent durant plusieurs mois, sans toutefois que du sang ou des calculs soient émis. La malade eut de la fièvre, des vomissements bilieux pendant ces crises.

D'après un docteur, elle eut à un moment donné un teint jaune cancéreux.

Depuis sept semaines, la malade a constaté la présence du sang dans ses urines. Elle est amaigrie, a perdu l'appétit et se sent déprimée, bien qu'elle ne souffre plus du côté droit.

Le traitement interne n'a donné aucun résultat.

Etat actuel. — Aspect souffreteux, pannicule développé.

Pas de ganglions, pas de dilatation des veines sous-cutanées.

Auscultation et percussion poitrine normales.

Examen organes génitaux révèle état normal.

Appétit petit. Selles régulières. Hématuries abondantes Dans le dépôt il y a beuacoup de globules de pus ; quelques cellules rondes et polygonales.

Dernières règles il y a 14 jours.

Siège de la maladie. — La recherche sous anesthésie donne les résultats suivants : sensation d'une tumeur grosse comme deux poings siégeant dans l'hypochondre droit, tumeur qui correspondrait au rein droit, de surface irrégulière, mobile. Elle s'étend environ jusqu'à deux doigts au-dessous du nombril et vers la gauche elle atteint la ligne médiane.

Entre cette tumeur et le foie on constate à la percussion une zone présentant une sonorité tympanique; sur la ligne médiane on sent la pulsation de l'aorte et la colonne vertébrale. La tumeur ne se prolonge pas à gauche.

Dans l'hypochondre gauche on sent un corps résistant ayant la forme et le siège du rein gauche.

Diagnostic. — Lithiase rénale ? — Cancer du rein droit ?

Opération. — Elle fut pratiquée le 13 juin 1893 par le Dr Shonborn. Anesthésie sans difficulté. Incision longitudinale commençant au-dessous de l'extrémité de la onzième cote gauche et expirant au niveau de la crête iliaque, longue de 15 cm. Après séparation des muscles et du fascia transvalasis mise à un des bords latéraux des quatrièmes lombaires, on pénètre profondément dans le tissu rétro-rénal. Le péritoine se laisse facilement repousser et à travers la capsule adipeuse du rein on atteint la tumeur.

Après ouverture de la capsule propre, les reins se laissent

extraire de leur capsule sans perte de substance, et malgré leur grosseur sortent par l'incision. Les vaisseaux et uretères forment masse compacte. Ligature uretère; puis veines et artères ensemble et on les sépare. Extirpation du rein droit Tamponnement de la cavité à l'iodoforme. Réunion des muscles. Fermeture de la peau par points de suture. Pansement.

13 *juin soir.* — 150 ccm. urines sanglantes, douleur respiratoire. Pas de vomissements, température et pouls normaux. Injection 8 mmgr. de morphine.

14 *juin.* — Urine claire, sans albumine, sans sang. 1000 cmc. densité 1020, traitement morphine 8 mmgr.

15 *juin.* Plus de douleurs. Température légèrement fébrile. Pas de gaz; on lui pose un suppositoire glycériné et on a le résultat désiré ; pas de selles. Urines 1000 ccm. densité 1023. morphine 1 cgr.

16 juin. — Une cuillère de ricin reste sans effet ; le soir elle prend un lavement à l'huile de ricin et elle a un petit résultat. La malade se trouve bien.

Appétit revenu. Soif ardente, urine 8.000 cmc. densité 1020. morphine 1 cmc.

18 *juin.* — Pansement renouvelé, fils enlevés. Les muscles suturés ne se laissent plus réunir. Le tampon est imbibé de sang, blessure laissée ouverte et tamponnée. Elle va à la selle tous les 2 ou 3 jours à la suite de l'absorption de l'huile de ricin.

Urines 1.200 cmc ; densité 1016.

25 *juin.* — Plaie réduite ; changement pansement.

Urine, 1.400 ; D 1015.

4 *juillet.* — Réunion des lèvres de la plaie au fil d'argent. Mise d'un drain.

11 *juillet.* — Extirpation du drain.

14 *juillet.* — Enlèvement points de suture, lèvres de la plaie presque réunies.

21 *juillet.* — Plaie cicatrisée en partie, malade se lève. Urines de quantité et de densité normales.

2 *août.* — Sortie de la malade. Plaie cicatrisée à droite. Urine 14 à 1790 cmc. Densité normale. Ni albumine, ni sang. La jambe droite est quelque peu œdématiée.

La Tumeur extirpée présente le type d'un kyste du rein dans lequel on trouve plusieurs calculs.

Le 11 août. — La malade rentre à l'hôpital. Elle se plaint de ne plus émettre d'urine depuis neuf jours, de souffrances de tête, de vertiges. Pouls petit mais régulier. On lui fait un cathétérisme qui montre la vessie vide, dans l'hypochondre gauche on sent une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, dure, très douloureuse à la pression. La recherche sous l'anesthésie permet de constater plus évidemment la tumeur. Pôle inférieur facilement perceptible, présentant la forme d'un œuf légèrement aplati.

Dagnostic. — Obstruction uretère par un calcul.

Opération. — Celle-ci fut pratiquée par le premier assistant en l'absence du Dr Schonborn. L'anesthésie eut lieu sans incident. Comme pour la première opération les reins sont mis à nu par une incision longitudinale effectuée dans la région lombaire en dehors du péritoine. On trouve un très gros rein kystique tout à fait pareil à celui du côté opposé.

Le rein est mis à nu du pôle inférieur de l'organe jusqu'au hile. L'uretère se laisse libérer sur une longueur de 12 cm. Il n'est pas dilaté et on en conclut que le calcul est dans le rein.

Au pôle inférieur du rein on coupe un kyste de la grosseur d'un œuf d'oie qui siège près de la capsule du rein. Une grande quantité d'urines sanguinolentes s'écoule. Puis on découvre un grand nombre de kystes, siégeant dans les environs, tous à peu près de la grosseur d'un œuf de poule.

Les doigts introduits par l'ouverture opératoire pénètrent jusque dans le bassinet. Celui-ci est rempli de kystes pleins de liquide et bombant à travers la paroi rénale. Le pronostic en est plus difficile. Malgré de longues et précises recherches on ne peut trouver de calcul.

Urine 14 à 1700 cmc. Densité normale.

On pense donc à une obstruction de l'uretère par pression de nombreux kystes.

On agrandit l'incision afin de mettre à nu la moitié inférieure des reins jusqu'au bassinet. En palpant celui-ci, on déchire quelques kystes qui bombaient à travers sa paroi. Une autre partie est incisée ainsi que quelques-uns des gros kystes de la partie supérieure du rein. Un cathétérisme de l'uretère est pratiqué sans résultat. On tamponne à la gaze iodoformée la cavité opératoire. Un pansement est placé.

Dans les premiers jours qui suivirent l'opération on dut changer trois fois par jour le pansement que l'urine souillait. Seuls les tampons furent laissés.

16 *août.* — Il se produit un écoulement spontané de l'urine par l'urèthre.

17 *août.* — Changement des tampons; on permet à la blessure de bourgeonner.

7 *septembre.* — Plaie refermée sur 5 cm de long et 3 cm. de large ; au milieu, au centre de la plaie s'écoule encore chaque jour un peu d'urine ; toutefois la plus grande quantité part par les voies naturelles. La production d'urine atteint chaque jour environ 800 ccmc. Il n'y a pas de sang, mais on constate des traces d'albumine.

Du 7 au 9 septembre, à travers la fistule il ne s'écoule plus aucune urine.

La plaie se referme par bourgeonnement et est complètement cicatrisée à la date du 25.

La malade sort de l'hôpital le 12 octobre.

A sa sortie, on constate que l'incision du côté gauche s'est cicatrisée sans fistule. La malade est beaucoup améliorée.

Quantité d'urine 1.400 1.500 cmc., traces d'albumine, pas de sang. Densité normale.

Léger œdème des cuisses. A la palpation on constate légère augmentation de volume du rein gauche.

On considère la malade comme guérie.

Observation II

In Friedrich. — *Deutsche Med. Wochenschrift 1903.*

Décapsulation. — Incision des kystes. — Guérison

Rein polykystique.

Observation III

In Bircher *1908.* — *Folia Urologia Tome III 1908 page 107.*

Excision de tous les kystes. — Guérison.

Femme 30 ans. Tumeur rénale droite. Hématurie, douleur dyspnée ; traces d'albumine.

Diagnostic. — Grossesse extra utérine ou tumeur du rein droit.

Excision de la paroi et de tous les kystes. Guérison 7 mois après, bon état. Urines normales.

Observation personnelle IV

Service Civiale Hopital Laribosière.

Décapsulation et destruction des kystes. — Guérison.

Mme D... âgée de 34 ans, entre le 21 juillet 1908, pour des douleurs rénales dont le début remonte à deux ans.

Pas d'antécédents pathologiques intéressants.

Les douleurs rénales furent d'abord localisées au côté droit, à l'occasion de certains mouvements seulement ; la malade avait la sensation d'une masse mobile dans la région rénale et fit elle-même le diagnostic de rein mobile.

Puis douleurs continuelles. Urines troubles mais non sanglantes.

Actuellement, douleurs continuelles, lancinantes avec pa-

roxysmes qui surviennent soit sans cause apparente, soit à la suite d'un effort.

Pas de douleurs spontanées du côté gauche.

Examen. — A droite la palpation bi-manuelle permet de sentir au niveau de la fosse lombaire une masse volumineuse mobile.

La palpation est douloureuse aux points uretéraux.

A gauche le rein est augmenté de volume.

Examen des urines après cystoscopie et cathétérisme :

Réaction acide ; pas de sucre, traces d'albumine dans l'urine des deux reins.

	QUANTITÉ	URÉE	NACL
Rein droit.....	15 centimètres cubes	9,86	12,10
Rein gauche....	11 id.	9,35	5,20

Pas de fièvre.

Pas d'amaigrissement.

Opération. — Pratiquée le 23 juillet 1908. Incision rénale ; on tombe sur un rein polykystique, ouverture, décortication et fixation à la paroi.

Le 5 août la malade est sortie complètement améliorée. Quatre mois après opération, elle a fait une fausse couche et depuis elle commence à apercevoir une tumeur dans son hypocondre gauche qui la gênait quand elle marchait ou travaillait.

Depuis un mois la malade accuse des douleurs continuelles à ce niveau qui s'accentuent pendant la marche ou dans la station debout. Douleur sourde profonde qui s'accompagne d'une sensation de pesanteur et de tiraillement.

Examen. — Dans le flanc gauche on sent une tumeur lobulée remplissant tout le flanc. Elle suit les mouvements respiratoires et on peut le ramener sous le rebord costal mais elle retombe dès que le soutien cesse.

Pas de points douloureux urétéraux, urines claires.

Catéthérisme :

REIN DROIT	REIN GAUCHE
Très faible culot avec quelques cellules polymorphes et d'assez nombreuses hématies. Sans leucocytes. Quantité : 187 cmc. Urée au litre : 6,30. Quantité réelle éliminée : 1,17.	Examen identique, avec moins de sang. Quantité : 199 cc. Urée au litre : 6,93 Quantité réelle éliminée : 1.37

Albumine : Très faibles traces.

REIN DROIT	REIN GAUCHE
Chlorure 3 au litre : 4.70. Quantité réelle éliminée : 0.87	Chlorure 3 au litre : 3.65. Quantité: réelle éliminée 0.72

Pas de sang pas de pus.

Le 22 juin 1912. Opération. On tombe sur un rein gauche polykystique. On décortique sans fixation. Rein très volumineux. Kystes de toutes les tailles depuis le noyau de cerises jusqu'à la mandarine. Quelques-uns sont ouverts, liquide citrin dans les uns, dans les autres hémorragique. L'opération est suivie d'une amélioration progressive et complète des douleurs.

Actuellement elle n'accuse plus aucun symptôme douloureux. Revue il y a peu de temps en juillet 1913, la malade présente toujours le même état satisfaisant.

OBSERVATION PERSONNELLE. — *Service Civiale hôpital Lariboisière.*

OBSERVATION V

Décapsulation.

Mme L..., âgée de 37 ans entrée à l'hôpital le 26 avril 1913 parce qu'elle souffre des reins.

Les douleurs ont commencé il y a un an, mais sont particulièrement accentuées depuis deux mois; c'est une douleur sourde qui augmente après la fatigue du travail ou la marche. elle se localise au niveau de la région lombo-sacrée, avec irradiation vers les cuisses, les jambes, les talons.

Jamais d'hématuries. Mictions 4 ou 5 fois le jour, 1 fois la nuit. Les urines sont un peu pâles et légèrement troubles à l'émission. Amaigrissement de 4 livres le dernier mois.

Examen. — Rein droit très gros bosselé et abaissé.

Rein gauche gros, bosselé.

Pas de points urétéraux.

Examen des urines le 30 avril.

REIN DROIT	REIN GAUCHE
Leucocytose à la limite d'une faible purulence. Nombreux cristaux de phosphate Am. Mg. Sang. Celules.	On trouve un magma amorphe imposible à caractériser puis leucocytes isolés intacts peu nombreux. Pas de cristaux. Rares hématies. Cellules.

Fermentation malgré examen immédiat.

Quantité : 120 cc. Urée : 8.80 Quantité réelle éliminée : 1.05 Chlorure : 7.50 Quantité réelle éliminée : 0.90	Quantité : 100 cc. Urée : 8.90 Quantité réelle éliminée : 0.89. Chlorure : 6.10. Quantité réelle éliminée : 0.65.

Epreuve bleu : très peu des 2 côtés.

Le 11 mai opération. — Décapsulation du rein gauche.

Examen des urines le 31 mai.

REIN DROIT	REIN GAUCHE
Pus. Cellules. Un peu de sang. Quantité : 113 cc. Urée au litre : 8.45. Quantité réelle éliminée : 0.95 Chlorure 5 au litre : 5.00. Quantité réelle éliminée : 0.56. Albumine. Pus. Sang.	Cellules. Rien à noter que rares hématies. Quantité : 70. Urée au litre : 7.80. Quantité réelle éliminée : 0.54. Chlorure 5 au litre : 3.00 Quantité réelle éliminée : 0.21. Rares hématies.

Urines vésicales : 60 cmc. environ.

REIN DROIT	REIN GAUCHE
Urée : 8.08.	Urée : 0.48.
Nacl : 4.00.	Nacl : 0.24.

Cellules, sang et pas de pus.

Au moment de sa sortie la malade allait mieux, ne souffrant plus que d'une façon légère.

Le 2 décembre 1913.— Revue, la malade continue à aller très bien. Son état est aussi satisfaisant que possible. Le cathétérisme fait à jeun donne les résultats suivants :

Urines limpides des deux côtés.

REIN DROIT	REIN GAUCHE
Quantité 10 grammes.	Quantité : 12 grammes.
Urée : 6.30	Urée : 6.10.
Nacl : 5.80.	Nacl : 5.20.

CHAPITRE VI

Conclusions

Nous avons de propos délibéré, rejeté toute étude sur le rein polykystique de l'enfant n'ayant trouvé dans l'histoire médicale, aucune observation d'intervention dans ce cas.

Nous avons exposé les divers traitements utilisés jusqu'à ce jour contre la maladie kystique du rein ; nous pouvons maintenant les envisager dans leur ensemble et juger de leur valeur réciproque.

Une première conclusion s'impose : quelle qu'en soit la pathogénie, la dégénérescence kystique du rein étant le plus souvent bilatérale, quand elle ne s'accompagne pas en outre d'une dégénérescence kystique du foie, le traitement ne doit pas être considéré comme curatif. Il sera exclusivement palliatif.

Quelles sont donc les indications d'intervention au cours de la maladie kystique ?

Tous les auteurs sont d'accord sur la nécessité d'une opération en cas de complications.

A) Suppuration des kystes ;

B) Hématuries persistantes ;

C) Hydronéphrose ;

D) Déplacement du rein.

E) Anurie.

F) Voir même occlusion intestinale.

Nous pensons également que s'il existe des crises douloureuses intolérables, le chirurgien a non seulement le droit mais le devoir d'intervenir.

Comment doit-on intervenir ?

Il faut avant tout s'assurer du bon fonctionnement du rein supposé sain, par le cathétérisme des uretères et l'examen des urines fournies par chacun des deux reins.

Si le rein fonctionne normalement, on pourra pratiquer une néphrectomie ; mais cette intervention devra être réservée aux cas où l'apparition de complications (suppuration des kystes, impossibilité de fixer un rein mobile, hématuries très abondantes) nous interdit l'emploi d'un autre procédé; car elle supprime un rein dont une partie était encore saine laissant tout le travail de la dépuration urinaire à un seul organe également malade ; on devra en tous cas toujours suivre la voie lombaire.

Si le rein présumé indemne, est jugé incapable d'assurer à lui seul l'uropoièse, on aura recours aux opérations conservatrices.

Dans le cas de rein suppuré, une seule opération peut être pratiquée: la néphrotomie dont on a également vanté les avantages dans l'anurie ; cependant il est préférable de ne l'employer que dans le premier cas et seulement si on ne peut faire autrement.

S'il s'agit d'un gros rein polykystique déplacé, mobile douloureux, on se servira, si cela est possible, de la

néphropexie à laquelle on ajoutera avec succès la décapsulation avec excision des kystes.

Dans tous les autres cas, rejetant la méthode des ponctions et de l'incision des kystes avec marsupialisation, on donnera la préférence, soit à la néphrectomie partielle, soit plutôt encore à la décapsulation avec excision de tous les kystes.

Sans doute le malade n'est pas guéri et la maladie poursuit son évolution vers la mort mais cette évolution est légèrement ralentie. Surtout l'intervention apporte un soulagement considérable aux malades atteints de maladie kystique supprimant même tout à fait leurs douleurs et leur permettant de reprendre leurs occupations.

De plus dans les cas trop rares, il est vrai, que nous avons cités nous ne relevons aucune aggravation de l'état du malade, aucun accident.

Une plus longue étude serait nécessaire, mais déjà on peut affirmer que le médecin ne doit pas se croire désarmé en face des manifestations redoutables de la dégénérescence polykystique du rein.

Vu : le Président de Thèse,
LEJARS

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1 **Albarran.** — Brin loc cit. et Nephrectomies, in Ledentu et Delbet (1898)

2 **Albarran et Imbert.** — Traité des tumeurs du rein (1904).

3 **Alessandri.** — In Brin (congrès d'Urologie. 1912). Ob. 94 nephrectomie.

4 **Barling.** — *Brit. méd. Jornal*, 1901, II obs. nephrect.

5 **Bazy.** — *Bull. soc. chirurg.* 1902. Nephroctomie.

6 **Beck,** — *Annal. of Surg.*, fév. 1901. Ob. 46 et 47 nephrect.

7 **Bégouin.** — *Gaz. Heb. de sc. méd.* Bordeaux, XXX, n° 52, 1905. Ob. nephrotomie.

8 **Belcher.** — In Brin (loc. cit.). Ob. 58 nephrect.

9 **Beregmann.** — *Berl.Klin. Woschenschrifft*, B. 1 22-3741, 1885. Ob. 2. Nephroct.

10 **Bernburg.** — In Sieber U. Leipzig, 1905. Ob. 61, nephrect.

11 **Bircher.** — Folia urologica, tome III. 1908-9, p. 107.

12 **Billings,** — Folia-urologica. Tome III, 1808-9, p. 107. Chicago, méd. Recorder, 1895, (289-95 Ob. nephropexie ob. 82 et 83, nephrect.

13 **Billon.** — *Bull. soc. Anat. 1904.* Ob. 62, nephrect.

14 **Blacks et Mons.** — In Brin. Ob. 75 et 76, nephrect. Ob. 9. Ponction.

15 **Blackburn.** — Trans. of the pathol. soc. London, vol. 55. 1903-4, Ob. 66 nephrect.

16 **Bloch.** — In Brin (loc citato). Ob. XII, nephrect. Thèse Sieber, Leipzig, 1905, neph. papart. 1888.

17 **Boeckel.** — *Gaz. méd.* Strasbourg, 1906, ob. 79, nephrect.

18 **Boiwee.** — *Southern méd. Jornal* 1909 Tr. South. Sur. et Gyn. Ass. Philad. 1908-09.

19 **Brin.** — Rapport au congrès urologie. 1911, pages 88 à 180.

20 **Brodeur.** — Thèse de Paris. 1889.

21 **Brongersma.** — Zeitschrift für Urologie, 1909 p. 99, ob. nephrectomie.

22 **Brockers Mills.** — *N. York, méd. Recorder.* 1911 p. 676. Nephrectomie.

23 **Bull.** — Archio. für klin. Chirurgie, Bd X 11-113, 1910, nephrect.

24 **Cahen.** — Centralblath für gynakologie. 18-5, 364-1894. Nephrect.

25 **Calduvell.** — In Brin, loc. cit. nephrect.

26 **Carlier.** — Congrès Urologie, 1911. Nephrectomie.
27 **Carrez.** — Thèse, Lyon, 1901. Décapsulation.
27 *bis* **Cassanello.** — Morgapur, 49, 1907. Nephropexie.
28 **Chavannaz et Lefebre.** — *Bull. Soc. chirurgic.* 1912. Nephrect partielles.
29 **Chevassu.** — Patholog. Ech. Faure Ombredanne, Chevassu. Org. Geut. Urine.
30 **Clark.** — Glasgow. Méd. Jorn. 31-3, 1889, nephrect.
31 **Collis et Hervetson.** — In Brin, loc. cit. néphrect.
32 **Curtis.** — Brin, loc. cit. nephrotomie.
33. **Dalziel.** — In Brin, loc. cit. nephrectomie.
34 **Dandois.** — *Bull. soc. acad. roy. Belgique*, 1891, p. 533. Nephrect.
35 **Dean Bervan.** — Brin loc. cit. Neprect.
35 *bis* **Dean Bervan.** — Ann. surgen, Phil., 1904.
36 **De Grœune.** — Jor. chir. Belge. 1909. Neprect.
36 *bis* **Delkeskamp.** — Brin loc. cit.
37 **Depage.** — *An. soc. belge chirurgie*, 1895, néphrect.
38 **Dominici.** — *Rev. Urologie.* Juill. 1913, nephrect.
38 *bis* **Edebohls.** — Brin, loc. cit. décapsulation.
39 **Edmunds.** — Brin loc. cit. nephrectom.
40 **Farr.** — Brin, loc. cit. nephrect.
40 **Farr** *bis.* — Ams. *Jorn. of the méd.*, 1892. Buckaris.
41 **Feuvell.** — In Sieber thèse Leipzig. 1905, nephrect.
42 **Fels.** — *Munschen méd. Wochenschrifs*, 1902, nephrect.
43 **Fenger.** — *Amer. jornal of the méd. sci.*, 1899, nephrect.
44 **Forbes.** — St. Barth, Hospit. Report. London, 1897. Ponctions, Incisions.
45 **Friedrich.** — *Deutsch méd. Wochenschrift*, 1903. Nephroct. decapsul.
45 *bis* **Garré et Erhardt.** — Nierenchirurgie, 1907.
46 **Giordano.** — Congrès Urologie, 1911. Nephrotom.
47 **Goodrich.** — In Brin loc. cit. ob. 40, nephrect.
48 **Graves.** — *Philadelphie méd.*, Werres, obs. XIX, nephrect. Chap. LXI. 1892.
49 **Guinard.** — Brin, loc. cit. Obs. nephectomie.
50 **Harrison.** — *Th. Britisch. méd. jornal*, 1901, III obs. nephrotomie.
51 **Haynes.** — In Brin loc. cit.). Ob. 65, nephrect.
52 **Hœhue.** — *Deutsc. méd. Woscheuschrifft* 1896, ob. XXX, nephrect.
53 **Hœllander.** — *Deutsche méd. Necheuschrift* 1898, ob. ponction.
54 **Illyès.** — Zeitsch, für urol. 1912, ob. 99, nephrect.
55 **Israel.** — *Chirurgisch Klinik der Nierenkrankheiten.* 1901.
56 **Johnson.** — *Ams. of. surg. Philad.* 1910, 2 an. 2. 4° 1 p. 121, ob. 89, nephrect.
56 — Trans, Publ. soc. Londres, 1897-98.
57 **Kammerer.** — Brin, loc. cit. Nephrotomie.
58 **Knox.** — Brin, loc. cit. ob. 3. Nephrectomie.

59 **Krœnlein.** — *Deut. méd. woschensch.*, 1899. Ob. 43, nephrect. Folia urologica. 1908-09.
60 **Krotoszyner,** — *The am. jorn. of the méd. scien.* CXXXVIII. 3 ob. p. 329-44, 1909, nephrotomie.
61 **Kümmel.** — In Brin. Ob, 96, nephrect. archiv. fur klin, chirurgie. 1901, nephrotomie.
62 **Knester.** — *Nierenchirurgie*, 1896-190.
63 **Lange.** — *Th, N -York Méd. Recorder*, 1894, vol. XVIII, ob. néphrectomie.
64 **Lannelongue et Vitrac.** — *Soc. avanc. de scien* Congrès. Tunis, 1896, ob. néphrectom
65 **Lauwers.** — *Jor. et ann. Soc. belge shir.* 1902. Ob. 54, néphrect.
66 **Lee.** — In Brin (loc. cit.). Ob. 59, néphrect.
67 **Legueu.** — Traité urologie 1910.
68 **Lejars.** — Thèses de Paris (1888). Bull. soc. chirurgic. 1907, p. 173. *Semaine médicale*, (1909) n° 9.
69 **Le Moniet.** *Bull- Soc méd. Ouest*, 1906, ob. 73, néphrect.
70 **Letulle et Verliac.** — Congrès Urologie, 1911.
71 **Lindegger.** — Thèse de Strasbourg, 1894, ob. XXIII, néphrect. Thèse. Paris, 1896, ob. ponctions.
72 **Lund.** — Brin. Ob. néphrectomie, ponctions.
73 **Maske.** — In Arendt Th. de Greiswald, 1887, ob. 3, néphrect.
74 **Mauclaire.** — *Bullet. soc. chir.* 1912. Ob. 97, néphrect.
75 **Michon.** — Congrès Urologie, 1911. Obs. néphrotomie.
76 **Millevard.** — *Birmingham, med. rew*, 1904, ob. néphropexie.
77 **Mohr.** Mittheilungen aus der Greuzgebieten, 6. 1900, néphrect.
78 **Monod.** — Thèse Sieber. Leipzig, 1905, néphrect.
79 **Morris.** — Discase of the kedney Londres, 1901, néphrect.
— Albarran et Imbert, néphrect.
80 **Morrison.** — Brin loc. cit. néphrect.
81 **Müller et Desgouttes.** — *Gaz. Hopitaux*, 1907. Néphrot.
82 **Myles.** — *Edimb. méd. Jorn.* t. II, 1897. Néphrect.
83 **Naughton.** — Brin loc. cit. néphrect.
84 **Nauman.** — Hyggiea Stocklohm, 1900. Néphrot.
85 **Newmann.** — Glasgew méd. Joru. 1897. Néphrect.
86 **Nicholson.** — Ann. of Surgery, Phil., 1906. Néphrect.
87 **Niemack.** — Brin loc. cit. Ann. surgery, Phil. 1901. Néphrect.
88 **Niemeyer.** — Thèse Iéna, 189o. Néphrect.
89 **Olalinski.** — *Wiener méd. Wochenschrifft*, 173-175 1897. Néphrect.
89 *bis* **Orillard.** — *Bull. soc an. Paris*, 1897. Néphrot.
90 **Pacheco Mendès.** — Congrès Urologie, 1908, vol. 1 à 12, p. 401. Néprect.
91 **Page.** — *Britesh méd. Jorn.* 1889, p. 105. Néphrect.
92 **Parlavecchio.** — *Cliniq. chirurg. Milan*, 1908, n° 4. Néphrect.
93 **Pasquereau.** — Congrès Urologie, 1911. Néphropexie.
94 **Pasteau et Papin.** — Congrès urologie. 1911.
94 *bis* **Patel.** — Anc. mal. Org. Genil Urin. 1906, décapsulation.

95 **Pauchet**. — Brin loc cit. Néphrect.
96 **Pawsker-Syms**. — Brin, loc cit. néphrect.
97 **Peterson**. — *British, méd. Jor.* 1890.
98 **Petherson**. — *Parichtet in Virchows Hirsch.* 1893, II. Néphropexie.
99 **Pitha** (Kukula). Brin, loc. cit. Néphrect.
100 **Polk**. — Centralblatt pr. Gynekol. Bd. 15. 1891. S. 204. Néphrect.
101 **Pousson**. — *Folia urologica*. 1910.
— Ass. fr. Urologie, 1907, p. 482.
— Ann. org. genil Urmeio, 1911. Néphrotomie.
102 **Pozzi**. — Thèse Sieber, 1905. Néphrect.
103 **Preitz**. — Brin, loc cit. Néphrect.
104 **Princetean**. In thèse Boudet. Bordeaux, 1904. Néphrect.
105 **Prior**. — *N.-York, méd. Jorn.* 1906. Néphrect.
106 **Prochovnik**. — *Deutsch méd. Wochenschrift*, 1900. n° 38. Néphrect.
106 *bis* **Rendal Franks**. — Brin loc cit.
107 **Reinbach**. — *Deutsch, méd. Wochenschrift*, 1902, p. 120. Néphrect.
108 **Renner**. — *Berl. Klinis, Wachenschrif*, 1910, n° 26. Néphrect.
— Brin loc cit. Néphrect. partielle.
109 **Reynès**. — Congrès Urologie. 1911. Néphrect.
110 **Richmond**. — *Glasgow méd. Jorn.* 1902, 1er semestre, néphrot.
111 **Riegner**. — *Deutsch. méd. Wochenschrift.* Bd. 14. ob. 46. 1888, néphrect
112 **Rivel**. — Ann. Org. Gen. Ur. 1902. Néphrect.
113 **Rochet**. — Brin, loc cit. Néphrect.
114 **Roswel Park**. — In Sieber thèse. Leipzig, 1905. Néphrect.
115 **Rovsing**. — Nord arch. chirurgie. 1895. *Nord med. arch. 1911*
116 **Routier**. — *Bull. soc. chirurgie*, 19 6. Néphrect.
117 **Ryerson Fowler**. — Brin, loc. cit. Néphrect.
118 **Sato**. — *Wreis, klin. Wochen*. 1905 p. 50 23. Néphrect.
119 **Schede**. — Meire Erfahrungen uber Nierenchirurgie. Hernburg. 1889, néphrect.
120 **Schmieden**. — Deutsch-Zeischrifs für chirurg. Bd. LXII. 1903.
121 **Schmidt**. Wurtemberger, Korrespondenzblattes, 1893, néphrotomie,
122 **Scudder**. — Am. Jorn. of the, méd. scien. 1895, t. II, p. 746. Néphrect.
123 **Segond**. — Albarran et Imbert. Néphrect.
— Brin, loc cit Néphrect.
124 **Seitz**. — *Munsche, méd. wosch.* 1903. Ob. 60 néphrect.
125 **Sieber**. — Thèse Leipzig, 1905.
126 **Stander**. — *Munscher méd. Wochenschrift*, 1908. Nephrectom.
127 **Steiner**. — Fol, urol. 1912. Ob. 100 néphrect.
— Deutsche, Méd. Wochensch 1899-677, décapsulation.
128 **Stiller**. — *Berliner, klinische, Wochenscrift*. C. 29. 1892, ob. XX. Néphrect.
129 **Stônes**. — In Brin (loc cit.). Ob. 42. Néphrect.
— *Ann. méd. Washungton*, 1904. 5.
130 **Stromberg**. — Folia urologica Bd. III. 1909, n° 5.

131 **Syme**. — Brin loc citat. ob. néphrotomie.
132 **Taddei**. Rifor. méd. 1908, n° 13 n° 14. Ob. 85 néphrect.
133 **Taendler**. — Thèse de Wurzbürg. 1894, obs. Décap. avec Excision des Kystes.
134 **Terrillon**. — In Brin, loc. cit. ob. XVI. Néphrect.
135 **Thiriar**. — In Sieber, thèse Leipzig, 1905. Ob. V. Néphrect.
136 **Thorn Bardenheuer**. — Inaugural dissertation. Bonn., 1882, obs. I, néphrect.
137 **Thornton**. — *The Lancet*, 1895, tome I, ob. XXV et XXVI, néphrect.
138 **Tillmann**. — Charité, annal. B. D. 22, 1896, ob. XXXI, néphrect.
139 **Tuffier et Dumont**. — *Bull. soc. an.* Paris, 1898, néphrect.
140 **Tuffier**. — Albarran et Imbert. Néphrect.
— Brin loc. citat. Néphrotomie.
— Duplay et Reclus.
141 **Van Bisselick**. — Ann. Org. Gen. Urin. 1912. Décap.
142 **Vautrin**. — *Rev. méd. Est*, 1907, p. 153. Néphrect.
143 **Vitrac**. — *Bull. soc. anat. Bordeaux*, 1896, néphrect.
— Jour. médecine. Bordeaux, 1895.
144 **Wagner**. — Maladie des reins in Frisch et Zuckerkaude.
— Deutsche Zeitschrifft, fur chirurgie, 1886.
145 **Watson**. — Brin loc. cit. Néphrect.
— *Boston, méd. and. chirug. Jorn.* 1897. Néphrot.
146 **Weiss**. — *Rev, méd. est.* 1907, néphrect.
147 **Wildinson**. — Brin loc cit. néphrotomie.
148 **Witte**. — Thèse Konigsberg. 1896, néphrect.
149 **Wyss**. — Beitrage zu klin chirurg. 1902, p. 32 néphrect.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-propos 9

Introduction 13

Chapitre I.
Historique 17

Chapitre II.
Doit on opérer le gros rein polykystique. Indications opératoires, diagnostic 37

Chapitre III.
Les procédés opératoires. La Néphrectomie 51

Chapitre IV.
Procédés opératoires. Opérations conservatrices 145

Chapitre V.
La décapsulation simple. La décapsulation avec incision de tous les kystes 205

Chapitre VI.
Conclusions 233

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE OLLIER-HENRY
26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, PARIS.